Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

CANADA

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

PRÉPARER L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ

ROY J. ROMANOW, C.R.
COMMISSAIRE

COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA
Rapport d'étape • Février 2002

Les principes suivants orientent les activités et les opérations de la Commission

Objectivité : La Commission reçoit et examine à fond toute proposition ou recommandation visant à améliorer la qualité, l'efficacité et la viabilité continue du système canadien de soins de santé et à assurer son équilibre à long terme.

Ouverture et transparence : La Commission fait preuve d'ouverture et de transparence en rendant publics de manière opportune : tous les travaux de recherche qu'elle entreprend ou commande; tous les mémoires qu'elle reçoit, même ceux qui n'ont pas été sollicités officiellement; l'ensemble des conseils, de la correspondance ou des rapports pertinents qui ont été échangés avec les représentants du gouvernement fédéral, des provinces, des territoires et des peuples autochtones du Canada.

Rigueur : Avant de formuler des recommandations sur un sujet donné, la Commission étudie des points de vue variés et montre que sa méthodologie est rigoureuse et objective.

Orientation sur les données probantes : La Commission recueille, regroupe, évalue et consulte toutes les preuves connues auxquelles elle a accès et qui appuient ses constatations, ses conclusions ou ses recommandations.

Inclusion : La Commission déploie tous les efforts raisonnables pour faciliter l'accès et la participation du public, des intervenants et des experts à ses activités, consultations et délibérations.

Respect : Lorsque cela est possible, raisonnable et indiqué, la Commission tient compte des connaissances existantes; évite de demander à des particuliers ou à des groupes de fournir des informations ou des points de vue qu'ils ont déjà fait connaître publiquement; et réduit au minimum les risques que ses activités ne reproduisent ou ne chevauchent des initiatives de consultation en cours (ou effectuées récemment).

102-06239/

PRÉPARER L'AVENIR

DES SOINS DE SANTÉ

« Noter que le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte. »

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

Préparer l'avenir des soins de santé: Rapport d'étape

Commissaire : Roy J. Romanow.
Publ. aussi en anglais sous le titre : Shape the future of health care, interim report.
Comprend des références bibliographiques.
Publ. aussi sur l'Internet.
ISBN 0-660-96649-2
No de cat. CP32-76/2002F

1. Soins médicaux – Canada.
2. Santé publique – Canada.
3. Politique sanitaire – Canada.
4. Santé, Services de – Administration – Canada.
I. Romanow, Roy J.
II. Titre.

RA412.5C2S52 2002 362.1'0971 C2002-98000-9

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

CANADA

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

Commissaire
Roy J. Romanow, c.r.

Directeur exécutif
Gregory Marchildon

C.P. 160, Succursale Main
Saskatoon, Canada S7K 3K4
306 975-6888 Télécopieur *306* 975-6890
www.commissionsoinsdesante.ca

Commissioner
Roy J. Romanow Q.C.

Executive Director
Gregory Marchildon, PhD

P.O. Box 160, Station Main
Saskatoon, Canada S7K 3K4
306 975-6888 Fax *306* 975-6890
www.healthcarecommission.ca

Février 2002

À SON EXCELLENCE, LA GOUVERNEURE EN CONSEIL

Je suis heureux de vous soumettre le rapport d'étape de la *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada* établie par le décret C. P. 2001-569.

Depuis que j'ai été nommé commissaire pour cette importante entreprise nationale, mon personnel et moi-même avons travaillé avec diligence pour réaliser de façon objective et efficiente le mandat que vous nous avez confié, sans négliger le moindre détail.

Comme vous le verrez dans le présent rapport, nos efforts se sont déployés en deux étapes distinctes. La première, qui a commencé dès ma nomination, s'est articulée autour d'une quête d'information. La deuxième, qui commencera officiellement par la publication de ce rapport, invitera les Canadiens à prendre part à un dialogue national sur l'avenir de leur système de soins de santé.

Tout au long de nos recherches, nous avons consulté les principaux intervenants du système de soins de santé, les gouvernements des provinces et des territoires ainsi que les organisations autochtones afin de préciser le champ de notre recherche et de cerner les priorités au chapitre des consultations. En plus de recueillir et de résumer l'information disponible sur les soins de santé au Canada et ailleurs, nous avons aussi cherché à cerner les lacunes sur le plan des connaissances et, lorsque la chose était nécessaire et possible, nous avons commandé une nouvelle recherche pour pallier les insuffisances. En fait, l'un des legs de ma commission sera d'avoir contribué à faire avancer l'état des connaissances sur les soins de santé au Canada.

Pendant l'étape de la consultation et du dialogue, nous travaillerons en collaboration avec tout un éventail de partenaires dans le but de donner aux Canadiens qui se préoccupent de l'avenir des soins de santé l'occasion de prendre part à des discussions éclairées sur cet enjeu. Le rapport fait état de nos plans pour ce qui est de la consultation.

Les Canadiens sont profondément attachés à leur système de soins de santé et ils le perçoivent manifestement comme un élément qui définit leur citoyenneté canadienne. Je suis résolument engagé à faire en sorte que le système de soins de santé continue à incarner les valeurs du peuple canadien. Qu'il suffise de dire que les mois à venir s'annoncent à la fois exaltants et stimulants, puisque nous travaillerons à l'établissement de notre rapport final.

En terminant, je voudrais souligner l'appui remarquable que j'ai reçu des membres de mon personnel et en particulier de mon directeur exécutif, M. Gregory Marchildon. Ce rapport d'étape témoigne de leur diligence, de leur professionnalisme et de leur dévouement.

Respectueusement soumis,

Roy Romanow

Roy J. Romanow, c.r.
Commissaire

TABLE DES MATIÈRES

MANDAT DE LA COMMISSION vii

1 INTRODUCTION 1

2 PROCESSUS DE LA COMMISSION 5
La recherche 5
Le point de vue des experts et des intervenants 6
Le point de vue des gouvernements et des organisations autochtones nationales 6
Le point de vue des autres pays 7
Le point de vue des Canadiens 8
Les quatre grands thèmes 8

3 LES VALEURS ET LEUR INFLUENCE SUR L'OPINION DES CANADIENS 9
Le rôle des valeurs 9
L'avenir des soins de santé : Quatre perspectives 10
Les valeurs et la *Loi canadienne sur la santé* 12
Ce qu'il faut savoir sur la *Loi canadienne sur la santé* 12
Les cinq principes du régime 14
Prévention et règlement des différends 15
Étendue de la protection offerte 15
Débat sur la *Loi canadienne sur la santé* 18
Observations préliminaires 18
Des questions pour les Canadiens 18

4 FINANCEMENT ET VIABILITÉ FINANCIÈRE 21
La situation financière actuelle 21
Du point de vue des budgets affectés aux soins de santé, comment le Canada se compare-t-il aux autres pays? 22
Dépensons-nous plus ou moins que par le passé? 23
Le financement des soins de santé est-il stable? 23
Les soins de santé rongent-ils une part toujours plus grande des budgets provinciaux? 25
Les tendances en matière de coût des soins de santé 25
Qui absorbe les coûts du système de santé? 25
Les options en matière de financement 27
Observations préliminaires 27
Des questions pour les Canadiens 28

5 QUALITÉ ET ACCÈS 29
L'attente 29
L'évaluation des résultats 31
Les inégalités en matière d'accès et de qualité 31
L'innovation et la prestation des soins 32
Approche axée sur les déterminants de la santé 33
Soins à domicile 33
Soins palliatifs 33
Prestation des services de santé dans les régions et les collectivités 34
Réforme des soins de santé primaires 34
Les ressources humaines dans le domaine de la santé 34
La recherche dans le domaine de la santé 36
Observations préliminaires 36
Des questions pour les Canadiens 37

6 LEADERSHIP, COLLABORATION ET RESPONSABILITÉ 39
Les rôles et les responsabilités 39
La responsabilité des soins de santé dispensés aux Autochtones 41
Les espoirs et les dangers de la mondialisation 41
Les organisations professionnelles 42
Observations préliminaires 43
Des questions pour les Canadiens 44

7 CONSULTATION DES CANADIENS 45
Premier défi : Comprendre les valeurs des Canadiens 46
Deuxième défi : Promouvoir une plus grande compréhension du système de santé 46
Troisième défi : Faire participer le public 46
Conclusion 47

ANNEXES 49
A Le point sur l'enquête de la Commission 51
B Programme de recherche de la Commission 59
C Faire participer la population canadienne à un dialogue national sur l'avenir des soins de santé 65

C.P. 2001-569

CANADA
CONSEIL PRIVÉ

Copie certifiée conforme au procès-verbal d'une réunion du Comité du Conseil privé, approuvé par Son Excellence la Gouverneure générale le 3 avril 2001

Attendu que tous les Canadiens se préoccupent de jouir d'une bonne santé et de l'entretenir ainsi que d'assurer un accès universel à des services de santé de qualité;

Attendu que, en septembre 2000, tous les premiers ministres ont affirmé, au nom des Canadiens, leur appui pour une vision commune de la santé et pour les cinq principes formulés dans la *Loi canadienne sur la santé*;

Attendu que, en plus de convenir de mesures précises, tous les premiers ministres se sont engagés, en leur propre nom et en celui de leurs gouvernements, à former un partenariat afin de renforcer et de renouveler les services de santé au profit des Canadiens;

Attendu que le profond attachement des Canadiens à un système de santé répondant aux besoins de tous et l'engagement des gouvernements à travailler de concert constituent le fondement d'un dialogue public sur la viabilité à long terme du système de soins de santé public du Canada,

À ces causes, le Comité du Conseil privé, sur recommandation du premier ministre,

a) recommande que soit émise, conformément à la partie I de la *Loi sur les enquêtes*, une commission revêtue du grand sceau du Canada portant que M. Roy J. Romanow, c.r., est nommé commissaire et chargé de faire enquête et d'entreprendre un dialogue avec les Canadiens sur l'avenir du système de soins de santé public du Canada, et de recommander les politiques et les mesures en respectant la répartition des compétences et des pouvoirs au Canada, qui sont nécessaires pour assurer à long terme la viabilité d'un système de soins de santé universellement accessible et financé sur les deniers publics, offrant des services de qualité aux Canadiens et réalisant un équilibre convenable entre les investissements visant la prévention des maladies et le maintien de la santé, d'une part, et ceux visant les soins et le traitement des maladies, d'autre part;

b) ordonne que le commissaire soit autorisé à mener les travaux de l'enquête en deux étapes, la première devant porter sur la collecte de renseignements et aboutir à un rapport provisoire, et la seconde devant mettre l'accent sur le dialogue avec le public canadien et les parties intéressées, sur la base du rapport provisoire;

c) ordonne en outre que le commissaire présente au gouverneur en conseil un rapport provisoire (fondé sur les travaux de la première étape) dans les deux langues officielles, dans environ neuf mois, et un rapport final (fondé sur le rapport provisoire et les travaux de la deuxième étape) assorti de recommandations, dans les deux langues officielles, vers le mois de novembre 2002;

d) recommande

(i) que le commissaire soit autorisé à nommer des conseillers et à créer les mécanismes consultatifs qu'il jugera à propos pour les besoins de l'enquête,

(ii) que le commissaire soit autorisé à consulter les provinces et les territoires ainsi que les groupes et particuliers s'intéressant aux soins de santé au Canada ou ayant des responsabilités en la matière, et à employer les moyens et modes de communication nécessaires pour assurer un dialogue avec les Canadiens pendant la durée de l'enquête,

(iii) que le commissaire soit autorisé à adopter les procédures et méthodes qu'il jugera à propos pour la bonne conduite de l'enquête, et à siéger aux dates et aux endroits du Canada qu'il déterminera,

(iv) que le commissaire soit autorisé à louer les locaux et les installations nécessaires à l'enquête, en conformité avec les politiques du Conseil du Trésor,

(v) que le commissaire soit autorisé à retenir les services d'experts et d'autres personnes mentionnées à l'article 11 de la *Loi sur les enquêtes*, et à leur verser la rémunération et les indemnités qu'approuvera le Conseil du Trésor,

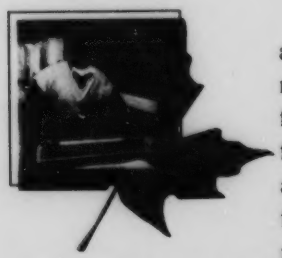
(vi) que le commissaire reçoive instruction d'envisager et de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger les renseignements classifiés lorsqu'il établira ses rapports provisoire et final,

(vii) que le commissaire reçoive instruction de remettre les documents et dossiers de l'enquête au greffier du Conseil privé le plus tôt possible après la fin de l'enquête.

CERTIFIED TO BE A TRUE COPY–COPIE CERTIFIÉE CONFORME

CLERK OF THE PRIVY COUNCIL–LE GREFFIER DU CONSEIL PRIVÉ

1 INTRODUCTION



En tant que Canadiens, nous sommes profondément attachés à un système de santé qui nous garantit, depuis maintenant des décennies, que l'accès à des soins de qualité sera fondé sur nos besoins plutôt que sur notre revenu ou nos moyens financiers. Nous avons de très bonnes raisons d'éprouver un tel attachement. L'assurance-santé – la portion des soins de santé financée et administrée par l'État – est une réalisation remarquable dont la mise en œuvre et la gestion ont exigé de la vision, du leadership et une saine administration publique. Dès le début, il a fallu l'énergie et la créativité de personnes dévouées et engagées, travaillant chacune à leur manière pour offrir, gérer, soutenir et améliorer les services que nous appelons le « système de soins de santé ».

En avril dernier, le gouvernement du Canada m'a confié la tâche d'examiner attentivement l'état des soins de santé dans notre pays et de recommander des manières d'assurer la viabilité de ce système au XXI^{e} siècle. Formuler des recommandations pratiques et réalistes sur la manière de revitaliser le système de soins de santé et de lui donner des bases plus solides pour l'avenir n'est pas une mince tâche. Celle-ci est d'autant compliquée par la nature complexe et souvent interreliée des problèmes qui affligent notre système ainsi que par le besoin pressant de s'attaquer à nombre d'entre eux.

Une commission constituée d'une seule personne présente un avantage évident. La responsabilité d'identifier les enjeux essentiels, d'établir les priorités et de formuler les recommandations relève clairement de cette personne, et de nulle autre. En revanche, un commissaire unique dont le mandat est limité dans le temps ne peut s'intéresser à toutes les questions qui pourraient avoir un impact sur l'avenir des soins de santé au Canada. J'ai donc résolu de me limiter à des problèmes cruciaux : les valeurs sous-jacentes au système de soins de santé et les orientations fondamentales qui en découlent; son financement, qui doit être stable et durable; son administration et les changements qu'il faut y apporter. Une fois ces grands problèmes résolus, j'estime que ceux qui ont la charge de veiller à l'avenir du système de soins de santé seront mieux en mesure d'intervenir pour résoudre bon nombre des difficultés qui se posent dans sa gestion quotidienne.

En accord avec cet objectif, voici mes priorités :

- Proposer, pour l'avenir des soins de santé, une vision qui soit à la fois convaincante et mobilisatrice tout en tenant compte des valeurs et des approches que les Canadiens veulent voir refléter dans leur système de soins de santé;
- Suggérer des moyens par lesquels les gouvernements peuvent travailler ensemble pour régler certains des problèmes les plus pressants qui minent la stabilité du système public de soins de santé;
- Poser un diagnostic sur les grands problèmes qui minent de l'intérieur le système public de soins de santé et recommander ce que j'estime être des changements d'orientation pour améliorer ce système à long terme;
- Suggérer de nouvelles approches pour faciliter la coopération et la collaboration entre tous les intervenants du système de santé.

Au cours des derniers mois, j'ai entendu ce qu'avaient à dire les Canadiens d'un bout à l'autre du pays, j'ai entendu l'avis des experts et des défenseurs, j'ai rencontré les premiers ministres et les chefs de gouvernement ou je me suis entretenu avec eux. Bref, j'en ai appris le plus possible sur les difficultés auxquelles nous faisons face aujourd'hui et sur les solutions qui s'offrent à nous. J'en suis maintenant dans mon travail à une importante croisée des chemins. L'étape préliminaire de la collecte de renseignements est maintenant parvenue à son terme, et la prochaine étape, soit celle de la consultation des Canadiens, est sur le point de commencer. Vous trouverez dans les pages qui suivent de plus amples renseignements sur cette étape de la consultation.

À bien des points de vue, l'établissement d'un rapport d'étape est un défi en soi. D'une part, il y a beaucoup à dire étant donné la somme d'information et d'expériences recueillies à cette étape de la quête d'information. D'autre part, il est encore tôt pour se prononcer. Il reste encore à consulter les Canadiens. Il est aussi prématuré d'adopter trop rapidement des positions bien arrêtées qui ne tiendront pas la route à la lumière de ce que les Canadiens auront à dire. J'ai donc choisi dans ce rapport d'étape de formuler des observations préliminaires sur les défis qui nous attendent, de soumettre aux Canadiens des questions importantes et de préparer le terrain pour un grand dialogue sur l'avenir de leur système de soins de santé.

D'entrée de jeu, disons que mes rencontres, échanges et conversations avec les Canadiens d'un peu partout au pays m'ont permis de confirmer dans mon esprit plusieurs aspects importants.

Premièrement, je suis convaincu que le régime d'assurance-santé a grand besoin d'être rénové, mais qu'il n'est pas nécessaire de tout jeter à terre. Le régime d'assurance-santé a été – et continue d'être – le bon choix. Il faut cependant adapter aux nouvelles réalités de la médecine et de la prestation des soins le panier de services de santé qui est actuellement couvert par l'assurance-santé. Quand nous avons commencé à discuter d'assurance-santé il y a de cela 40 ans, les soins de santé « médicalement nécessaires » se résumaient en deux mots : les hôpitaux et les médecins. De nos jours, les services fournis par les hôpitaux et les médecins représentent moins de la moitié du total des coûts imputés au système. On dépense davantage pour les médicaments que pour les médecins. Il y a plus de spécialistes et de plus en plus de soins sont prodigués à la maison ou dans la communauté, par tout un éventail de professionnels de la santé. Bref, la pratique des soins de santé a beaucoup évolué et, malgré tous ses efforts, le régime d'assurance-santé n'a pas pu suivre la cadence.

S'entendre sur la terminologie

- ***La Loi canadienne sur la santé***, 1984 : Prévoit une couverture universelle pour tous les services médicalement nécessaires dispensés par les hôpitaux et les médecins.
- **Le régime d'assurance-santé** : Tous les services prévus par la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que d'autres services financés par l'État par l'intermédiaire des régimes d'assurance-santé des provinces. L'assurance-santé assume environ 70 % de toutes les dépenses de santé au Canada.
- **Le système canadien de soins de santé** : Tous les services visés par l'assurance-santé ainsi que les services achetés ou payés à titre individuel par les régimes d'assurance des particuliers ou ceux des employeurs. Environ 30 % des dépenses globales en soins de santé au Canada ne ressortissent pas à l'assurance-santé.
- **Le contexte social et physique** : Les conditions politiques, économiques, sociales et environnementales qui font qu'une personne ou une population est et demeure en bonne santé (par exemple l'éducation, le revenu, la situation sociale et la qualité de l'environnement).

Deuxièmement, l'assurance-santé (et peut-être par extension la *Loi canadienne sur la santé*) est devenue l'un des aspects qui définissent notre identité nationale. D'aucuns diront peut-être que c'est trop exiger d'une seule politique publique, particulièrement dans un contexte caractérisé par la hausse des demandes et des attentes. De bien des manières, le caractère emblématique de l'assurance-santé la met à l'abri de toute intervention politique. Le régime échappe donc à toute réforme, à toute amélioration ou à tout élargissement, ce qui pourrait, à long terme, mettre en cause l'une de nos plus grandes réalisations nationales. S'il est vrai que le régime d'assurance-santé a besoin d'être repensé, nous devons faire en sorte que la *Loi canadienne sur la santé* continue de refléter les valeurs des Canadiens et qu'elle fournisse les bases nécessaires à l'évolution du système de soins de santé.

Troisièmement, les Canadiens se préoccupent de la viabilité financière de leur système de soins de santé. Il y a de multiples manières d'interpréter les tendances dans les dépenses ainsi que les pressions exercées par les coûts. Selon le point de vue adopté, il est possible de conclure que nous devons dépenser davantage pour les soins de santé; que nous avons atteint notre objectif, en ce sens que nos dépenses se comparent favorablement avec celles des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE); que nous avons de graves problèmes, étant donné que nous n'avons pas organisé nos systèmes de prestation de soins de façon efficace ou efficiente, ou encore que nous nous dirigeons tout droit vers une crise budgétaire provoquée par nos dépenses effrénées. À l'arrière-plan de chacun de ces points de vue se profile la conviction que notre système de soins de santé a souffert ces dernières années d'un financement inconstant et erratique. Nombre de décisions importantes en santé nécessitent un long cycle de planification, qu'il s'agisse de construire de nouvelles installations ou de développer la capacité de traitement ou d'intervention, en passant par la prestation de services particuliers à des populations cibles. Lorsque les décideurs doivent composer avec des priorités qui changent constamment ou lorsque les ressources attendues sont soit diminuées, soit supprimées, il en résulte d'abord une grande incertitude, vite suivie par une réduction des services. L'absence

S'entendre sur la terminologie

- ***La Loi canadienne sur la santé***, 1984 : Prévoit une couverture universelle pour tous les services médicalement nécessaires dispensés par les hôpitaux et les médecins.
- **Le régime d'assurance-santé** : Tous les services prévus par la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que d'autres services financés par l'État par l'intermédiaire des régimes d'assurance-santé des provinces. L'assurance-santé assume environ 70 % de toutes les dépenses de santé au Canada.
- **Le système canadien de soins de santé** : Tous les services visés par l'assurance-santé ainsi que les services achetés ou payés à titre individuel par les régimes d'assurance des particuliers ou ceux des employeurs. Environ 30 % des dépenses globales en soins de santé au Canada ne ressortissent pas à l'assurance-santé.
- **Le contexte social et physique** : Les conditions politiques, économiques, sociales et environnementales qui font qu'une personne ou une population est et demeure en bonne santé (par exemple l'éducation, le revenu, la situation sociale et la qualité de l'environnement).

Deuxièmement, l'assurance-santé (et peut-être par extension la *Loi canadienne sur la santé*) est devenue l'un des aspects qui définissent notre identité nationale. D'aucuns diront peut-être que c'est trop exiger d'une seule politique publique, particulièrement dans un contexte caractérisé par la hausse des demandes et des attentes. De bien des manières, le caractère emblématique de l'assurance-santé la met à l'abri de toute intervention politique. Le régime échappe donc à toute réforme, à toute amélioration ou à tout élargissement, ce qui pourrait, à long terme, mettre en cause l'une de nos plus grandes réalisations nationales. S'il est vrai que le régime d'assurance-santé a besoin d'être repensé, nous devons faire en sorte que la *Loi canadienne sur la santé* continue de refléter les valeurs des Canadiens et qu'elle fournisse les bases nécessaires à l'évolution du système de soins de santé.

Troisièmement, les Canadiens se préoccupent de la viabilité financière de leur système de soins de santé. Il y a de multiples manières d'interpréter les tendances dans les dépenses ainsi que les pressions exercées par les coûts. Selon le point de vue adopté, il est possible de conclure que nous devons dépenser davantage pour les soins de santé; que nous avons atteint notre objectif, en ce sens que nos dépenses se comparent favorablement avec celles des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE); que nous avons de graves problèmes, étant donné que nous n'avons pas organisé nos systèmes de prestation de soins de façon efficace ou efficiente, ou encore que nous nous dirigeons tout droit vers une crise budgétaire provoquée par nos dépenses effrénées. À l'arrière-plan de chacun de ces points de vue se profile la conviction que notre système de soins de santé a souffert ces dernières années d'un financement inconstant et erratique. Nombre de décisions importantes en santé nécessitent un long cycle de planification, qu'il s'agisse de construire de nouvelles installations ou de développer la capacité de traitement ou d'intervention, en passant par la prestation de services particuliers à des populations cibles. Lorsque les décideurs doivent composer avec des priorités qui changent constamment ou lorsque les ressources attendues sont soit diminuées, soit supprimées, il en résulte d'abord une grande incertitude, vite suivie par une réduction des services. L'absence

de financement stable et prévisible à long terme compromet la planification de longue haleine, ce qui finit par saper la confiance du public en l'avenir du système.

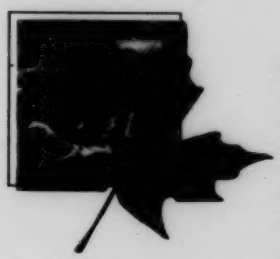
Quatrièmement, bien que les Canadiens s'inquiètent de la longueur des listes d'attente et de la difficulté d'accès en temps opportun à certains services médicaux, ils reconnaissent que le système de santé leur assure encore des soins de grande qualité. De nouveaux modes de prestation des soins de santé sont apparus par centaines, d'un bout à l'autre du pays. Citons des mesures comme la télémédecine, la régionalisation, les programmes communautaires intégrés, les partenariats entre le secteur public et le secteur privé, des initiatives favorisant la santé de la population et toute une myriade d'initiatives destinées à améliorer la gestion des listes d'attente. En fait, il n'y a pas de pénurie au rayon des nouvelles mesures créatrices, des projets pilotes et des pratiques exemplaires qui tous méritent de retenir l'attention et d'être appliqués à plus vaste échelle. Le problème, c'est que trop souvent ces projets ne réussissent pas à se généraliser. Ils ne peuvent être mis en œuvre sur une large échelle en raison du manque de financement continu, des querelles entre les divers niveaux de gouvernement ou de l'absence de mécanismes efficaces pour faire connaître ces pratiques exemplaires.

Cinquièmement, les Canadiens veulent que les deux principaux niveaux de gouvernement mettent un terme aux disputes stériles et aux discussions futiles qui tiennent trop souvent lieu de débat, et qu'ils cessent de se renvoyer la balle sur la manière de renouveler le système de soins de santé. À leurs yeux, les deux niveaux de gouvernement ont chacun une part de responsabilité dans les problèmes qui affligent le système, et tous deux doivent trouver des solutions pour dénouer l'impasse. Mais les citoyens ne veulent pas se contenter d'attendre que les divers niveaux de gouvernement travaillent ensemble; ils veulent avoir un mot à dire sur la manière dont les problèmes seront résolus. S'il faut faire des choix déchirants, les Canadiens veulent participer à la prise de décisions. C'est une évolution saine et positive.

Enfin, l'heure est venue pour les Canadiens d'être fidèles à eux-mêmes et à leurs traditions. Nous nous devons de définir clairement les valeurs que les Canadiens veulent voir reflétées dans leur système de soins de santé par le truchement des politiques et des programmes. Dans le passé, il a été très difficile de progresser dans le dossier en raison des positions intransigeantes qui ont été prises par les protagonistes. Ce genre de débat acerbe ne permet nullement d'avancer sur la voie du consensus et d'adopter une orientation ou des mesures pour asseoir notre système de soins de santé sur des bases plus solides. Nous nous devons d'être réceptifs aux nouvelles idées et aux nouvelles solutions. Nous devons être disposés à nous lancer dans un débat ouvert et franc sur les avantages et les inconvénients de chacune des nouvelles idées, puis nous devons être prêts à prendre les mesures qui s'imposent.

Notre pays a su faire preuve de clairvoyance en créant l'assurance-santé, et je crois que nous avons l'intelligence et la volonté nécessaires pour prendre les décisions qui s'imposent pour son avenir. Je suis résolument engagé à soutenir le système de soins de santé du Canada et à veiller à ce qu'il continue de refléter les valeurs canadiennes. Qu'il suffise de dire que les mois à venir s'annoncent à la fois stimulants et exaltants pendant que nous travaillerons ensemble à préparer l'avenir du système de soins de santé du Canada.

2 PROCESSUS DE LA COMMISSION



Le travail de la Commission comprend deux étapes : la première a débuté en mai 2001 et a consisté à réunir les informations nécessaires à la réalisation de notre mandat; la seconde commencera dès la publication du présent rapport et se concrétisera dans un vaste dialogue avec les Canadiens. Nos recherches, qui ont déjà traité de nombreux aspects du dossier, se poursuivront jusqu'à la fin de nos travaux. Nous tentons notamment de prendre connaissance de toutes les sources utiles et de comprendre à fond les options et les perspectives qui se dessinent, avant d'écouter attentivement les points de vue des artisans des politiques de santé, des divers gouvernements et enfin, de la population canadienne dans son ensemble.

Les pages qui suivent résument les efforts déployés jusqu'à maintenant. Vous trouverez à l'annexe A des renseignements plus détaillés à ce sujet ainsi qu'une liste des nombreux groupes et particuliers que j'ai rencontrés.

LA RECHERCHE

La recherche est une composante essentielle du travail de la Commission. Le programme de recherche complet entrepris par ma Commission sera l'un de ses legs importants qui guidera, aujourd'hui comme demain, les décisions prises à l'endroit du système de soins de santé du Canada.

Dans le cadre de ses efforts de recherche, la Commission a :

- reçu et analysé des mémoires provenant de professionnels de la santé, de groupes d'intervenants et de citoyens intéressés qui ont voulu présenter leur point de vue sur les problèmes du système public de soins de santé au Canada et sur les options envisageables;
- rencontré, à l'échelle du pays, les représentants de grandes organisations des milieux de la santé, des affaires et de l'enseignement, choisis pour ce qu'ils avaient à apporter à l'établissement des priorités;
- écouté des spécialistes des politiques de santé, au Canada et à l'étranger;
- accueilli au Canada un forum réunissant des experts internationaux responsables de l'élaboration des politiques de santé et visité plusieurs pays d'Europe afin de tirer parti de leur expérience dans le renouvellement des soins de santé;

- examiné et résumé nombre d'études, de recherches et de rapports pertinents sur les soins de santé au Canada et ailleurs dans le monde;
- commandé une quarantaine d'études sur des enjeux clés auprès d'experts en politiques et de diverses sommités du domaine de la santé.

De plus, nous avons choisi trois consortiums de recherche qui seront mandatés pour combler les lacunes dans l'état des connaissances et pour parfaire notre compréhension dans trois domaines : la mondialisation, le fédéralisme et la fiscalité et les ressources humaines dans les soins de santé. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le programme de recherche de la Commission à l'annexe B.

LE POINT DE VUE DES EXPERTS ET DES INTERVENANTS

Au cours des derniers mois, j'ai eu maintes fois l'occasion de rencontrer des spécialistes des politiques de santé ainsi que des représentants du milieu des soins de santé et de m'entretenir avec eux. L'un de mes plus grands défis consiste maintenant à faire le tri parmi les positions, les programmes et les recommandations de changement provenant de ces personnes ou de ces groupes, car il s'agit souvent de sages conseils. Dès le début de mon mandat, j'ai voulu enrichir l'information recueillie en recherchant l'avis d'un vaste échantillon d'intervenants – professionnels de la santé, consommateurs, syndicats, gens d'affaires et artisans des politiques sociales œuvrant à l'échelle du pays. Ces personnes m'ont éclairé sur les questions prioritaires et sur les moyens à prendre pour convier les individus et les groupes intéressés à un dialogue sur l'avenir des soins de santé. J'ai aussi demandé aux intervenants nationaux de servir d'intermédiaires pour accueillir les vues de leurs affiliés régionaux ou locaux.

En s'inspirant de ces discussions, la Commission a élaboré des lignes de conduite pour la rédaction des mémoires ou des présentations et elle les a publiées sur son site Web afin d'encourager et de faciliter la participation des autres personnes ou groupes intéressés. On peut être assuré que la Commission examinera attentivement toutes les présentations et tiendra compte de leur contenu ainsi que des prises de position et des conseils qui s'y trouveront. Tous les Canadiens pourront lire ces présentations sur notre site Web.

LE POINT DE VUE DES GOUVERNEMENTS ET DES ORGANISATIONS AUTOCHTONES NATIONALES

Dans les semaines qui ont suivi ma nomination, j'ai demandé à chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux cinq grandes organisations autochtones du Canada[1] de désigner une personne qui assurerait la liaison pour l'échange d'information avec la Commission. Le gouvernement du Québec, estimant que les soins de santé sont la responsabilité exclusive des provinces, a limité sa participation à l'échange d'information. Par le truchement de ce réseau et des contacts personnels avec les premiers ministres, les chefs territoriaux et les organisations autochtones, ma Commission a pu recevoir beaucoup d'information, de l'aide et des conseils précieux, fruits d'une mûre réflexion. Grâce à ce mécanisme de liaison, les provinces, les territoires et les chefs autochtones ont été en retour informés du déroulement des activités de la Commission.

[1] L'Assemblée des Premières nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami (anciennement l'Inuit Tapirisat), le Ralliement national des Métis, le Congrès des Peuples Autochtones et l'Association des femmes autochtones du Canada.

Certains territoires et provinces travaillent actuellement à revoir leurs politiques, à implanter des réformes ou à consulter leurs citoyens sur divers aspects des soins de santé; d'autres viennent de mettre fin à un processus semblable, et d'autres encore s'apprêtent à commencer. Toute cette activité représente une indication incontestable de notre préoccupation collective à l'égard des soins de santé. Tout ceci s'ajoute aux travaux du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie qui déposera bientôt son rapport final sur le rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé, et à l'important travail du Forum national sur la santé qui a présenté son rapport au gouvernement du Canada en 1997.

Bien que chacun de ces efforts soit assorti de sa propre logique et qu'il aborde un point de vue particulier, il importe pour la Commission de tenir compte de ce qui a déjà été dit. Dans l'éventualité où des groupes ou des personnes de quelque partie du Canada auraient récemment exprimé leur point de vue sur un enjeu particulier des soins de santé, nous les encouragerions à en faire part à la Commission. J'exhorte aussi les gens à se questionner, à remettre en question les perspectives traditionnelles et à réfléchir aux valeurs réelles et aux objectifs qui doivent être les vraies assises du régime d'assurance-santé. La Commission tiendra également compte des conclusions et des résultats des activités et des mesures de consultation qui ont déjà été entreprises – ou qui pourraient l'être dans l'avenir – par les provinces, les territoires ou les groupes autochtones.

LE POINT DE VUE DES AUTRES PAYS

Au mois de novembre de l'an dernier, j'ai eu l'occasion de rencontrer à Ottawa des représentants d'une dizaine de pays de l'OCDE dans le but de discuter des réformes de la santé qu'ils ont entreprises. Ce qui est rapidement ressorti de ces entretiens, c'est que le Canada n'est pas le seul à s'efforcer de préserver la viabilité de son système de soins de santé. Presque chaque pays industrialisé qui a un système de soins de santé financé par l'État s'inquiète de la hausse des coûts et des questions de qualité, d'accès, de responsabilité et de leadership.

Après cette rencontre, je me suis rendu au Royaume-Uni, en France et en Suède pour voir comment ces pays s'attaquent à certains de ces problèmes. À Londres, j'ai assisté à une table ronde d'une journée réunissant des experts britanniques qui nous ont entretenus des changements en cours dans l'organisation et le financement de leur service de santé national. Une table ronde semblable a réuni à Paris des spécialistes venus des quatre coins de l'Europe occidentale pour examiner le rôle de la participation aux coûts et son incidence sur l'accès aux services de santé et sur la qualité de ceux-ci. À Stockholm, j'ai discuté avec des fonctionnaires et des spécialistes des politiques de santé de divers aspects des changements qu'entreprend la Suède. Des visites dans les installations de soins de santé m'ont permis de me rendre compte en personne du fonctionnement du système de santé suédois.

En bout de ligne, il est peu probable que le Canada puisse se contenter d'importer des solutions de l'étranger. L'histoire et le contexte politique de chaque pays sont différents et chacun doit, en définitive, adopter les politiques qui correspondent le mieux à ses valeurs et à ses aspirations. J'estime néanmoins que nous avons beaucoup à apprendre des expériences et des idées d'autres pays. Dans le cadre du programme continu de recherche de la Commission, je continuerai à examiner ces diverses expériences et à intégrer à nos recommandations finales les conclusions qui se révèlent pertinentes.

LE POINT DE VUE DES CANADIENS

En dernière analyse, mes recommandations seront le reflet de ce que les Canadiens attendent de leur système de soins de santé, pour maintenant et pour l'avenir. Si j'en juge d'après les discussions que j'ai eues jusqu'à maintenant, il ressort clairement que les Canadiens tiennent beaucoup au système public de soins de santé. Au cours des derniers mois, de nombreux citoyens préoccupés ont pris le temps de me faire part de leur point de vue, par des lettres, par courriel, par téléphone ou par l'entremise de notre site Web interactif. J'ai aussi fait de nombreuses visites d'un bout à l'autre du pays pour me rendre compte personnellement de toutes les mesures, originales et novatrices, par lesquelles on s'efforce d'améliorer la prestation des soins de santé.

Il me semble qu'au fond, les Canadiens veulent surtout la garantie qu'ils auront accès en temps opportun à des services de qualité; ils veulent que se relâche la pression exercée sur les hôpitaux; ils veulent une meilleure reddition des comptes au sein du système de santé; et ils veulent avoir l'assurance que l'argent des contribuables est dépensé selon un plan réfléchi qui permet un usage optimal des ressources disponibles. Les Canadiens ne veulent pas d'un expédient. Ils veulent un système de soins de santé qui saura résister à l'épreuve du temps.

Je me propose dans les mois à venir de consulter longuement sur ces enjeux, sur le cap que devrait prendre le changement et sur les valeurs intrinsèques que les Canadiens voudraient voir se refléter dans le régime public de soins de santé. De plus amples renseignements sur les plans de consultation sont présentés à l'annexe C.

LES QUATRE GRANDS THÈMES

J'ai organisé mon travail autour de quatre grands thèmes :

- les valeurs canadiennes et la manière dont celles-ci devraient se refléter dans la *Loi canadienne sur la santé*;
- la viabilité et le financement;
- la qualité des soins et l'accès à ceux-ci;
- le leadership, la collaboration et la responsabilité.

Les chapitres qui suivent proposent une première synthèse de ce que j'ai entendu et de ce que j'ai appris jusqu'à maintenant à propos de ces quatre grands thèmes. J'y présente aussi certaines de mes observations préliminaires et j'y invite les Canadiens à entamer une réflexion au sujet de questions importantes au moment où s'amorce l'étape de la consultation.

Les Canadiens attendent des initiatives dans ce dossier. Ils veulent que les problèmes soient résolus et que les décisions qui s'imposent soient prises. S'ils n'ont pas les compétences techniques ni les connaissances nécessaires pour énoncer des politiques normatives, ils s'attendent à ce que des décisions soient prises en accord avec les valeurs auxquelles ils tiennent. Je vous propose donc que nous partions de là . . . en discutant de valeurs et de la manière dont celles-ci façonnent notre point de vue sur la politique en matière de soins de santé.

LES VALEURS ET LEUR INFLUENCE SUR L'OPINION DES CANADIENS

LE RÔLE DES VALEURS

Nos valeurs exercent une très grande influence sur la façon dont nous percevons les enjeux primordiaux qui entourent les soins de santé de demain. Elles nous servent d'assise pour décider quels problèmes méritent une attention prioritaire et quelles options sont acceptables, et elles façonnent les solutions que nous choisissons d'adopter.

Mon enquête m'a permis de constater que les Canadiens n'étaient pas à court d'idées sur ce qui devrait être fait pour préserver le régime public de soins de santé. Des nombreux points de vue et options qui ont été mis en avant, il se dégage certains consensus et certains désaccords.

Presque tous les Canadiens qui ont participé aux consultations jusqu'à présent veulent que les plus pauvres de notre société se voient garantir l'accès aux soins de santé dont ils ont besoin. Ils veulent un système qui leur offre une protection contre des problèmes de santé ou des accidents d'une telle gravité que leurs coûts pourraient entraîner la ruine. La plupart d'entre eux croient que le besoin devrait toujours être pris en compte, et la majorité est convaincue que ce devrait être, en fait, l'unique facteur servant à déterminer quel ensemble de services médicalement nécessaires le système devrait offrir gratuitement. La plupart croient aussi que les deux niveaux de gouvernement doivent jouer un rôle dans la réforme du système actuel.

Le problème qui se pose est le suivant : un examen plus approfondi dévoile rapidement la grande fragilité de ces consensus. Bien souvent, les désaccords sur les problèmes qui affligent le système de soins de santé s'expriment sous la forme de solutions divergentes. Mais les opinions sur ce qui est acceptable comme solution et sur ce qui ne l'est pas sont toujours différentes.

En outre, le débat est embrouillé par les désaccords sur le sens de certains termes d'usage courant dans le domaine des soins de santé. Trop souvent, les gens donnent à des mots clés des significations fondamentalement différentes. Ces divergences d'interprétation engendrent l'incompréhension et accentuent les disparités réelles. Prenons à titre d'exemple le mot « besoin ». Certains l'identifient aux désirs ou aux préférences du patient – ce qu'il veut devient, par définition, ce dont il a besoin. Dans cette optique, par exemple, il reviendrait en dernière instance au patient lui-même de décider s'il doit ou non avoir recours à un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

D'autres sont d'avis que le « besoin » ne peut être déterminé que par un professionnel compétent et averti qui accorde le poids voulu à la situation particulière du patient. En pareil cas, c'est le spécialiste qui décide si le patient a besoin d'un examen IRM et qui détermine la place qu'il doit occuper sur la liste d'attente.

D'autres encore maintiennent que le « besoin » doit être fondé sur des évaluations plus « objectives », à savoir, généralement, des preuves statistiques étayées par un grand nombre de cas semblables. Ici, l'opinion du médecin est assujettie à des évaluations, à des normes et à des lignes directrices globales.

Le terme « équitable » est tout aussi problématique. Les Canadiens s'entendent pour dire que les avantages du système public de soins de santé devraient être équitablement répartis. Mais qu'entend-on par « équitable »? Il pourrait s'agir d'« égalité des chances », de « résultats égaux » ou même de « mérite » si l'équité consiste en fait à offrir des services à ceux qui le méritent.

Les termes « accès » et « transférabilité », tout importants qu'ils soient, peuvent aussi être l'objet d'interprétations lourdes de conséquences. Pour certains, il ne suffit pas qu'un service soit simplement « accessible » encore faut-il qu'il le soit sans délai. Quant à la « transférabilité », elle signifie aux yeux de plusieurs Canadiens qu'il leur est possible de se faire soigner dans n'importe quelle province sans avoir à payer. Aux yeux de certains autres, pourtant, le terme signifie plutôt qu'une gamme identique ou comparable de services devrait être offerte dans chaque province. Ce ne sont là que quelques exemples de termes qui, malgré leur emploi courant dans le secteur de la santé, prêtent à confusion et compliquent le débat.

Comment sommes-nous arrivés à de telles divergences? Ces interprétations reposent sur des valeurs différentes et parfois contradictoires qui façonnent notre opinion sur de nombreuses questions : les budgets que les provinces et le fédéral devraient investir dans les soins de santé, le rôle du secteur privé, les moyens de régler les disparités en termes de résultats pour la santé et d'états de santé ainsi que la part de responsabilité que doit assumer chaque citoyen à l'égard de sa propre santé. Ce sont ces mêmes valeurs qui déterminent si nous croyons que la liberté de choix doit faire partie intégrante du système de soins de santé ou si nous pensons plutôt que nos décisions doivent être dictées par le principe de l'universalité, même au prix d'un choix plus limité. Les valeurs modèlent aussi la perception que nous avons du système dans son ensemble, de ses points forts et de ses faiblesses.

L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ : QUATRE PERSPECTIVES

Au fond, nos valeurs dictent ce que nous pensons du système de soins de santé et de l'ampleur des changements qui s'imposent, depuis de légers rajustements jusqu'à une réforme radicale. Comme les soins de santé peuvent influer sur notre vie quotidienne et sur celle de nos proches, nous aurons vraisemblablement des idées, des hypothèses et des valeurs bien arrêtées sur la question. Et même si nous n'avons que des solutions partielles à proposer pour régler les problèmes du système, nous aimons croire qu'il existe un ensemble complet de solutions viables pour remettre le système entier en état.

Au cours de mon enquête, j'ai été frappé par le fait que les vues exprimées sur les moyens de relever ce grand défi oscillaient toutes autour de quatre grandes perspectives. En voici un aperçu :

1. Accroissement de l'investissement public

De l'avis de certains, le système public a été privé de fonds suffisants pendant des années, ce qui a entraîné de graves dommages à un mode de prestation des soins qui faisait l'admiration du monde entier. Les tenants de cette thèse sont convaincus que nous pouvons redresser la situation et fournir des services de grande qualité en augmentant les investissements publics. En somme, le système fonctionnerait mieux si seulement il était financé adéquatement. La solution consisterait donc à le pourvoir de nouvelles ressources (parmi lesquelles des médecins, du personnel infirmier et de l'équipement) en accroissant les dépenses publiques, soit par une hausse des impôts, soit par une meilleure allocation des fonds consacrés à d'autres programmes gouvernementaux.

2. Partage des coûts et des responsabilités

Un deuxième groupe d'opinion est d'avis que le système actuel va crouler sous le poids des coûts insoutenables engendrés par les nouvelles technologies, les nouveaux problèmes de santé, les nouvelles attentes et une mauvaise utilisation des ressources. Ceux qui soutiennent cette thèse estiment qu'une hausse des impôts nuira à notre compétitivité dans l'économie mondiale. À leurs yeux, la solution à privilégier consiste à investir davantage de ressources pour régler les problèmes actuels, non pas en augmentant les dépenses publiques, mais plutôt en demandant aux citoyens d'assumer une plus grande part de responsabilité directe pour le coût des soins de santé. Ils mettent en avant plusieurs options, telles que la participation aux coûts, les droits d'utilisation, les avantages imposables et l'assurance privée.

3. Accroissement du rôle du secteur privé

La troisième perspective repose sur l'idée qu'un système soumis aux lois du marché serait plus efficace, plus rentable et plus productif, ce qui aurait une influence favorable sur le degré de satisfaction du consommateur. Ceux qui défendent ce point de vue veulent un système de santé qui donne aux citoyens un choix accru, en leur permettant d'accéder à des fournisseurs de soins de santé privés. Tout en jouissant des avantages du système public, les Canadiens pourraient également acheter des services offerts par le secteur privé en les payant directement ou en souscrivant une assurance privée. Ce groupe croit que cette approche aurait pour effet d'alléger le fardeau du système public et d'introduire dans le secteur des soins de santé un esprit d'entreprise qui stimulerait l'investissement privé et l'innovation.

4. Réorganisation du mode de prestation des services

Enfin, la dernière perspective consiste en une proposition de réforme fondamentale de la structure du régime et de la prestation des soins de santé dans le but ultime d'intégrer et d'uniformiser tous les services. Les personnes qui défendent ce point de vue maintiennent que la rémunération à l'acte est un concept désuet qui incite peu les médecins à se concentrer sur le « mieux-être » de leurs patients et qui, bien souvent, se traduit par des soins inadéquats et coûteux. Par exemple, on suggère que les patients s'inscrivent à ce qui deviendrait des réseaux de services communautaires intégrés, dans lesquels des professionnels qualifiés offriraient des

soins plus rapidement accessibles. De plus, les méthodes de financement appliquées à ces réseaux devraient inciter les professionnels de la santé à travailler efficacement et à privilégier la prévention.

En mettant l'accent sur un problème particulier du système actuel, chacun de ces points de vue ouvre la voie à un cadre distinct pour l'examen du système de santé de demain. Il en résulte forcément des opinions différentes sur les solutions à privilégier. En fait, il est peu probable que les partisans de l'une ou de l'autre de ces approches, même avec des arguments logiques et convaincants, puissent trouver seuls le remède absolu aux maux de notre système de soins de santé.

Cela dit, ces quatre perspectives ont toutes du mérite. On pourrait donc penser que la solution consiste à rassembler les meilleurs éléments de chacune d'elles, mais cette solution est hors d'atteinte. En effet, certains de ces points de vue reposent sur des valeurs contradictoires, et la synthèse serait trop difficile à réaliser. Les différentes perspectives peuvent au moins nous aider à préciser nos choix ainsi qu'à révéler les valeurs qui nous servent de point d'ancrage. Elles constituent donc un point de départ pour l'examen des grands défis liés à notre système actuel, et, à cet égard, elles nous aideront à franchir la prochaine étape de notre périple collectif vers une solution. Ces points de vue feront l'objet d'un examen plus approfondi dans le cadre du processus de consultation. De cette manière, les valeurs auxquelles les Canadiens attachent de l'importance et les opinions qu'ils expriment au sujet de chacune de ces quatre perspectives nous aideront à ébaucher les recommandations qui figureront dans le rapport final de la Commission.

LES VALEURS ET LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

L'étude des valeurs et des opinions que peuvent avoir les Canadiens sur les solutions les plus souhaitables nous amène à parler directement de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour un grand nombre de Canadiens, le régime d'assurance-santé, tel qu'il est présenté dans la *Loi canadienne sur la santé*, contribue à définir la citoyenneté canadienne. Et pourtant plusieurs citoyens se demandent si les principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé* demeurent pertinents dans un système en constante évolution comme le nôtre. Dans quelles circonstances la *Loi canadienne sur la santé* a-t-elle été élaborée? Quels en sont les cinq principes et que signifient-ils? Comment pouvons-nous prendre des décisions en l'absence d'un consensus sur la façon d'interpréter la *Loi*?

Ce qu'il faut savoir sur la *Loi canadienne sur la santé*

L'évolution du régime d'assurance-santé et les origines de la *Loi canadienne sur la santé* forment une toile de fond utile pour les discussions sur l'avenir de notre système de soins de santé.

La première étape en vue de la création d'un système public offrant une protection universelle a été franchie en 1947, lors de l'introduction d'un régime d'assurance-hospitalisation en Saskatchewan. Dix ans plus tard, le gouvernement fédéral s'engageait à partager les coûts de cette assurance avec les provinces. Cette aide financière a donné aux provinces l'élan dont elles avaient besoin, et, en 1961, chacune s'était dotée d'un régime d'assurance-hospitalisation semblable.

Il est vite devenu évident que, pour véritablement protéger la santé des citoyens, il fallait logiquement étendre la protection aux services dispensés par les médecins de famille. Deux approches fort différentes l'une de l'autre ont alors été envisagées :

1. Un système à payeurs multiples qui encouragerait les Canadiens à acheter la police d'assurance privée de leur choix (ou à payer les services requis de leur poche s'ils choisissaient de ne pas souscrire de police d'assurance), tout en offrant une certaine protection gratuite aux moins nantis.
2. Un système à payeur unique qui accorderait une protection universelle égale à tous les citoyens (sans leur imposer de droits d'utilisation) et qui serait financé grâce aux recettes fiscales.

Il y eut un débat orageux entre les professionnels de la santé, les experts et les gouvernements. La population était à la fois déchirée et déconcertée par la controverse. En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé, présidée par le juge Emmett Hall, finit par rejeter l'approche du système à payeurs multiples en invoquant deux raisons principales : le système à payeur unique coûtait moins cher et servait mieux les intérêts des pauvres et des malades.

Il a fallu huit autres années ponctuées de nombreux débats pour que la recommandation de la Commission Hall soit enfin mise en œuvre. Dans les années 1960 et 1970, les provinces ont successivement délaissé le modèle de l'assurance privée en faveur du modèle public. À la longue, la plupart des Canadiens ont conclu que le régime public reflétait mieux les principes d'équité et de libre accès quand les services médicaux ou hospitaliers étaient offerts à tous ceux qui en avaient besoin plutôt qu'aux seules personnes ayant la capacité de payer.

Étapes marquantes de la création du régime d'assurance-santé : Controverse et compromis

- **1961** : Le premier ministre conservateur John Diefenbaker nomme le juge Emmett Hall, de la Cour suprême, à la tête de la Commission royale d'enquête sur les services de santé.
- **1962** : Le premier ministre de la Saskatchewan, Woodrow Lloyd, de la CCF (l'ancêtre du NPD), étend l'assurance universelle publique aux soins obtenus dans les cabinets de médecins. Les médecins réagissent par une grève qui durera 23 jours.
- **1964** : Le rapport Hall recommande un régime d'assurance public universel non seulement pour les services fournis par les médecins, mais aussi pour les médicaments délivrés sur ordonnance et les soins à domicile, de même que pour les soins dentaires et les soins oculaires pour certains groupes.
- **1966** : Le gouvernement libéral du premier ministre Lester Pearson introduit la *Loi sur les soins médicaux* – la base de ce que nous appelons le « régime d'assurance-santé ».
- **1968-1972** : À l'issue d'une série de négociations gouvernementales intenses, les dix provinces et les deux territoires finissent par avaliser le régime d'assurance-santé, et, en échange de contributions fédérales couvrant une partie des coûts, ils acceptent d'offrir une assurance universelle à tous ceux qui ont besoin de soins hospitaliers et médicaux.

Il est vite devenu évident que, pour véritablement protéger la santé des citoyens, il fallait logiquement étendre la protection aux services dispensés par les médecins de famille. Deux approches fort différentes l'une de l'autre ont alors été envisagées :

1. Un système à payeurs multiples qui encouragerait les Canadiens à acheter la police d'assurance privée de leur choix (ou à payer les services requis de leur poche s'ils choisissaient de ne pas souscrire de police d'assurance), tout en offrant une certaine protection gratuite aux moins nantis.
2. Un système à payeur unique qui accorderait une protection universelle égale à tous les citoyens (sans leur imposer de droits d'utilisation) et qui serait financé grâce aux recettes fiscales.

Il y eut un débat orageux entre les professionnels de la santé, les experts et les gouvernements. La population était à la fois déchirée et déconcertée par la controverse. En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé, présidée par le juge Emmett Hall, finit par rejeter l'approche du système à payeurs multiples en invoquant deux raisons principales : le système à payeur unique coûtait moins cher et servait mieux les intérêts des pauvres et des malades.

Il a fallu huit autres années ponctuées de nombreux débats pour que la recommandation de la Commission Hall soit enfin mise en œuvre. Dans les années 1960 et 1970, les provinces ont successivement délaissé le modèle de l'assurance privée en faveur du modèle public. À la longue, la plupart des Canadiens ont conclu que le régime public reflétait mieux les principes d'équité et de libre accès quand les services médicaux ou hospitaliers étaient offerts à tous ceux qui en avaient besoin plutôt qu'aux seules personnes ayant la capacité de payer.

Étapes marquantes de la création du régime d'assurance-santé : Controverse et compromis

- **1961** : Le premier ministre conservateur John Diefenbaker nomme le juge Emmett Hall, de la Cour suprême, à la tête de la Commission royale d'enquête sur les services de santé.
- **1962** : Le premier ministre de la Saskatchewan, Woodrow Lloyd, de la CCF (l'ancêtre du NPD), étend l'assurance universelle publique aux soins obtenus dans les cabinets de médecins. Les médecins réagissent par une grève qui durera 23 jours.
- **1964** : Le rapport Hall recommande un régime d'assurance public universel non seulement pour les services fournis par les médecins, mais aussi pour les médicaments délivrés sur ordonnance et les soins à domicile, de même que pour les soins dentaires et les soins oculaires pour certains groupes.
- **1966** : Le gouvernement libéral du premier ministre Lester Pearson introduit la *Loi sur les soins médicaux* – la base de ce que nous appelons le « régime d'assurance-santé ».
- **1968-1972** : À l'issue d'une série de négociations gouvernementales intenses, les dix provinces et les deux territoires finissent par avaliser le régime d'assurance-santé, et, en échange de contributions fédérales couvrant une partie des coûts, ils acceptent d'offrir une assurance universelle à tous ceux qui ont besoin de soins hospitaliers et médicaux.

Le gouvernement du Canada a adopté la *Loi canadienne sur la santé*[2] en 1985, dans la foulée immédiate d'un débat houleux sur la surfacturation (le fait d'imposer aux patients une somme supérieure aux tarifs couverts par notre régime public d'assurance-santé); pour la première fois de l'histoire, certains des principes fondateurs de ce régime étaient énoncés de manière explicite. Ces principes ont tout de suite trouvé des résonances profondes dans la population et la *Loi canadienne sur la santé* est rapidement devenue un symbole important de notre identité nationale.

Les cinq principes du régime

Les cinq principes qui forment l'assise de la *Loi canadienne sur la santé* – gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité – contribuent largement à notre façon de percevoir le régime d'assurance-santé. Contrairement à ce que pensent de nombreux Canadiens, cependant, la *Loi* ne renferme ni définition ni description claire de ces principes. En effet, elle laisse beaucoup de place à l'interprétation.

Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*

1. **La gestion publique** : le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire doit être géré sans but lucratif par une autorité publique;
2. **L'intégralité** : tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés;
3. **L'universalité** : toutes les personnes assurées d'une province ou d'un territoire doivent avoir droit aux services de santé assurés selon des modalités uniformes;
4. **La transférabilité** : le paiement des coûts des services assurés doit se poursuivre lorsqu'une personne assurée déménage ou voyage au Canada ou à l'étranger;
5. **L'accessibilité** : l'accès raisonnable des personnes assurées à des services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires doit être libre de tout obstacle financier ou autre.

La description de ces cinq principes nous vient de Santé Canada, et les termes utilisés correspondent à ceux qui ont été employés dans d'autres rapports nationaux. Une description plus détaillée apparaît dans la Loi, s.8-12.

Ces principes recèlent bon nombre des valeurs que les Canadiens veulent voir reflétées dans leur système de soins de santé. Mais ils ont malgré tout des limites inhérentes. Premièrement, la *Loi canadienne sur la santé* ne couvre que les services fournis par les hôpitaux et les médecins. Les innovations telles que les programmes d'éducation préventive et les initiatives communautaires sont généralement exclues du régime, tout comme les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins dentaires et les thérapies faisant appel à des médicaments sur ordonnance (à moins d'être administrés en milieu hospitalier). Deuxièmement, l'interprétation à donner à ces principes généraux est loin de faire l'unanimité; il en va de même pour la signification des termes « médicalement nécessaire »

[2] *Loi canadienne sur la santé*, 1984, L.R.C. 1985, chapitre C-6.

ou « accessibilité ». Depuis le début, l'interprétation de ces principes représente un brandon de discorde entre le fédéral et les provinces. À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral est le seul habilité à interpréter la *Loi canadienne sur la santé*. En outre, les provinces elles-mêmes n'arrivent pas à s'entendre sur le sens à donner à ces principes et sur la façon de les mettre en application.

Prévention et règlement des différends

Depuis quelques années, la polémique entourant l'interprétation des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* est devenue une source constante de friction entre les gouvernements. Par exemple, les clauses interdisant la surfacturation sont prises au pied de la lettre par certains, et perçues par d'autres comme une simple indication. Devant ce genre de désaccord, d'aucuns demandent une révision de la *Loi* et pressent le législateur d'instaurer de nouveaux mécanismes ou de nouvelles approches pour régler les différends et éviter que la décision finale n'appartienne qu'au gouvernement fédéral.

Le débat sur la prévention et le règlement des différends

Ceux qui préconisent l'adoption d'un nouveau mécanisme de prévention et de règlement des différends font valoir les arguments suivants :

- Étant le seul autorisé à interpréter la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral devient à la fois juge et partie. Il fait fi des responsabilités des provinces dans la prestation des services de santé.
- Dans un système parlementaire comme celui du Canada, l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* dépend de l'humeur du parti au pouvoir.
- Il faut instaurer un mécanisme de prévention et de règlement des différends qui soit plus inclusif – qui tienne compte des besoins du patient ou du consommateur, de l'avis des médecins et de l'opinion des citoyens.

En revanche, il y a ceux qui préfèrent que le gouvernement fédéral conserve le pouvoir exclusif d'interpréter la *Loi canadienne sur la santé* et de régler les différends. Voici ce qu'ils soutiennent :

- La *Loi canadienne sur la santé* est une Loi fédérale, et le gouvernement fédéral est le mieux placé pour la défendre et l'interpréter au nom de tous les Canadiens.
- Le système parlementaire prévoit suffisamment de mécanismes régulateurs pour éviter toute interprétation dérogeant à l'esprit de la *Loi*.
- Dans un processus multipartite, les terrains d'entente seraient réduits au plus petit dénominateur commun, et, à la longue, le sens de la *Loi* et son application même s'en trouveraient compromis.

Étendue de la protection offerte

Dans l'état actuel des choses, le régime d'assurance-santé couvre la totalité des services de base fournis par les médecins et les hôpitaux, de même que certains services, dits « médicalement nécessaires », qui en découlent directement. Cette politique est fondée sur l'hypothèse voulant qu'il soit plus important de couvrir les services les plus urgents, les plus essentiels et les plus coûteux que ceux qui sont considérés comme moins nécessaires. Par conséquent, on ne constate que quelques variations mineures d'une province à l'autre au

Le gouvernement du Canada a adopté la *Loi canadienne sur la santé*[2] en 1985, dans la foulée immédiate d'un débat houleux sur la surfacturation (le fait d'imposer aux patients une somme supérieure aux tarifs couverts par notre régime public d'assurance-santé); pour la première fois de l'histoire, certains des principes fondateurs de ce régime étaient énoncés de manière explicite. Ces principes ont tout de suite trouvé des résonances profondes dans la population et la *Loi canadienne sur la santé* est rapidement devenue un symbole important de notre identité nationale.

Les cinq principes du régime

Les cinq principes qui forment l'assise de la *Loi canadienne sur la santé* – gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité – contribuent largement à notre façon de percevoir le régime d'assurance-santé. Contrairement à ce que pensent de nombreux Canadiens, cependant, la *Loi* ne renferme ni définition ni description claire de ces principes. En effet, elle laisse beaucoup de place à l'interprétation.

Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*

1. **La gestion publique** : le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire doit être géré sans but lucratif par une autorité publique;
2. **L'intégralité** : tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés;
3. **L'universalité** : toutes les personnes assurées d'une province ou d'un territoire doivent avoir droit aux services de santé assurés selon des modalités uniformes;
4. **La transférabilité** : le paiement des coûts des services assurés doit se poursuivre lorsqu'une personne assurée déménage ou voyage au Canada ou à l'étranger;
5. **L'accessibilité** : l'accès raisonnable des personnes assurées à des services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires doit être libre de tout obstacle financier ou autre.

La description de ces cinq principes nous vient de Santé Canada, et les termes utilisés correspondent à ceux qui ont été employés dans d'autres rapports nationaux. Une description plus détaillée apparaît dans la Loi, s.8-12.

Ces principes recèlent bon nombre des valeurs que les Canadiens veulent voir reflétées dans leur système de soins de santé. Mais ils ont malgré tout des limites inhérentes. Premièrement, la *Loi canadienne sur la santé* ne couvre que les services fournis par les hôpitaux et les médecins. Les innovations telles que les programmes d'éducation préventive et les initiatives communautaires sont généralement exclues du régime, tout comme les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins dentaires et les thérapies faisant appel à des médicaments sur ordonnance (à moins d'être administrés en milieu hospitalier). Deuxièmement, l'interprétation à donner à ces principes généraux est loin de faire l'unanimité; il en va de même pour la signification des termes « médicalement nécessaire »

[2] *Loi canadienne sur la santé*, 1984, L.R.C. 1985, chapitre C-6.

ou « accessibilité ». Depuis le début, l'interprétation de ces principes représente un brandon de discorde entre le fédéral et les provinces. À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral est le seul habilité à interpréter la *Loi canadienne sur la santé*. En outre, les provinces elles-mêmes n'arrivent pas à s'entendre sur le sens à donner à ces principes et sur la façon de les mettre en application.

Prévention et règlement des différends

Depuis quelques années, la polémique entourant l'interprétation des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* est devenue une source constante de friction entre les gouvernements. Par exemple, les clauses interdisant la surfacturation sont prises au pied de la lettre par certains, et perçues par d'autres comme une simple indication. Devant ce genre de désaccord, d'aucuns demandent une révision de la *Loi* et pressent le législateur d'instaurer de nouveaux mécanismes ou de nouvelles approches pour régler les différends et éviter que la décision finale n'appartienne qu'au gouvernement fédéral.

Le débat sur la prévention et le règlement des différends

Ceux qui préconisent l'adoption d'un nouveau mécanisme de prévention et de règlement des différends font valoir les arguments suivants :

- Étant le seul autorisé à interpréter la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral devient à la fois juge et partie. Il fait fi des responsabilités des provinces dans la prestation des services de santé.
- Dans un système parlementaire comme celui du Canada, l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* dépend de l'humeur du parti au pouvoir.
- Il faut instaurer un mécanisme de prévention et de règlement des différends qui soit plus inclusif – qui tienne compte des besoins du patient ou du consommateur, de l'avis des médecins et de l'opinion des citoyens.

En revanche, il y a ceux qui préfèrent que le gouvernement fédéral conserve le pouvoir exclusif d'interpréter la *Loi canadienne sur la santé* et de régler les différends. Voici ce qu'ils soutiennent :

- La *Loi canadienne sur la santé* est une Loi fédérale, et le gouvernement fédéral est le mieux placé pour la défendre et l'interpréter au nom de tous les Canadiens.
- Le système parlementaire prévoit suffisamment de mécanismes régulateurs pour éviter toute interprétation dérogeant à l'esprit de la *Loi*.
- Dans un processus multipartite, les terrains d'entente seraient réduits au plus petit dénominateur commun, et, à la longue, le sens de la *Loi* et son application même s'en trouveraient compromis.

Étendue de la protection offerte

Dans l'état actuel des choses, le régime d'assurance-santé couvre la totalité des services de base fournis par les médecins et les hôpitaux, de même que certains services, dits « médicalement nécessaires », qui en découlent directement. Cette politique est fondée sur l'hypothèse voulant qu'il soit plus important de couvrir les services les plus urgents, les plus essentiels et les plus coûteux que ceux qui sont considérés comme moins nécessaires. Par conséquent, on ne constate que quelques variations mineures d'une province à l'autre au

chapitre des services couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, les Canadiens ont accès à un ensemble croissant de services de santé qui dépassent le cadre des « services médicalement nécessaires fournis par les médecins et les hôpitaux ». Pour de nombreux Canadiens, cette situation a rendu plus floue la distinction entre les services qui sont visés par la *Loi canadienne sur la santé* et ceux qui ne le sont pas, mais qui sont couverts par un régime provincial. Le gouvernement fédéral a laissé aux provinces et à leurs citoyens le soin de décider des services additionnels qui seraient couverts. On constate donc des disparités évidentes dans l'étendue de la protection supplémentaire offerte par les régimes provinciaux, notamment sur le plan des soins à domicile et des soins de longue durée.

Bien que le concept d'intégralité de la protection offerte soit encore largement accepté, il fait l'objet de critiques sur deux plans. D'une part, certaines personnes soutiennent que la définition du terme « intégralité » doit être élargie pour mieux refléter l'évolution rapide des connaissances médicales, de la pratique et des attentes du public dans les 40 dernières années. Selon ces personnes, la protection offerte doit être étendue pour englober de nouveaux services aujourd'hui considérés comme médicalement nécessaires, tels que les médicaments sur ordonnance et certains types de soins à domicile. Cette démarche suppose l'examen d'une question importante : comment absorber le coût de ces services supplémentaires? Si nous élargissons la protection offerte, les dépenses du Trésor public vont nécessairement augmenter à court terme, même si le coût total des soins de santé est appelé à baisser à long terme.

Disparités dans l'étendue de la protection supplémentaire offerte

Même s'il est difficile d'obtenir des renseignements exacts et à jour sur les services de santé qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, on constate des disparités évidentes dans la protection offerte d'une province à l'autre. Les soins à domicile en sont un excellent exemple. Si l'ensemble des administrations provinciales et territoriales couvrent les services professionnels tels que les soins infirmiers, certaines étendent la protection jusqu'aux soins personnels et aux services d'aide ménagère. Certains régimes couvrent donc le coût des repas, de l'entretien ménager et des services de maintien à domicile. De même, les services de soutien et de répit et les soins palliatifs à domicile sont couverts dans certaines provinces, mais pas dans d'autres. Mais les différences ne sont pas exclusivement interprovinciales. En effet, il existe aussi, à l'intérieur d'une même province ou d'un même territoire, des inégalités dans les types de services fournis d'une collectivité à l'autre ou d'une région sanitaire à l'autre.

D'autre part, l'explosion des technologies et des connaissances médicales, cumulée au vieillissement de la population, en a amené certains à conclure que nous ne pouvons plus nous payer les services qui sont actuellement offerts, et encore moins nous permettre de nouveaux services. Ce point de vue est le fait de personnes convaincues de la nécessité d'imposer des limites sur les services couverts par le régime public. Si les soins et les tests essentiels les plus coûteux sont les seuls couverts par le régime d'assurance-santé, les particuliers devront assumer une plus grande part de responsabilité à l'égard des autres services, notamment en souscrivant une assurance supplémentaire ou en payant directement de leur poche.

Le débat sur l'étendue de la protection offerte nous amène à nous pencher sur une autre question controversée, le rôle du secteur privé dans la prestation des services de santé. Le régime d'assurance-santé absorbe quelque 70 % du montant total qui est consacré aux soins de santé au Canada. Mais, en réalité, les gouvernements fournissent directement une très faible proportion de ces services; en ce sens, certains éléments de notre système sont déjà « privés », et l'ont d'ailleurs toujours été. En revanche, les gouvernements administrent une grande partie des dépenses des Canadiens au chapitre des soins de santé, et ils jouent un rôle crucial dans le domaine de la santé et de la sécurité du public. Par conséquent, nos soins de santé sont fournis par un ensemble disparate d'établissements à but lucratif ou non, de praticiens indépendants, de professionnels salariés ainsi que de travailleurs syndiqués et non syndiqués; de même, le système de soins de santé canadien est le résultat d'un mélange complexe et déroutant de politiques, de programmes et d'initiatives issus d'une gamme variée de mécanismes de financement publics et privés. Dans nos débats sur l'avenir des soins de santé au Canada, nous devons garder à l'esprit ce contexte particulier, surtout lorsque nous discutons du rôle du secteur privé dans la prestation des services de santé.

La *Loi canadienne sur la santé* : Une révision s'impose-t-elle?

Ceux qui veulent une révision de la *Loi canadienne sur la santé* font valoir les arguments suivants :

- La *Loi* ne vise que les services fournis par les hôpitaux et les médecins. Il importe d'en repenser le contenu pour décider s'il y a lieu d'étendre la protection offerte à d'autres services de santé importants, dont les soins à domicile, les soins de longue durée et certains programmes de prévention et de promotion.
- Il faut se doter de mécanismes plus inclusifs pour faire le tri entre les services à couvrir et les services à exclure.
- Il se peut que les cinq principes soient devenus un obstacle à l'innovation et à l'amélioration continue des soins de santé.
- La *Loi* doit mieux refléter le rôle des provinces dans la prestation des services de santé.
- La *Loi* demeure ambiguë sur le rôle que doit jouer le secteur privé, et il faut remédier à cette lacune.

Ceux qui sont contre la révision de la *Loi canadienne sur la santé* soutiennent ce qui suit :

- La *Loi* a toujours tenu lieu de rempart solide contre ceux qui cherchaient à réduire la protection offerte par le régime d'assurance-santé et à en démolir les principes fondamentaux.
- Un réexamen de la *Loi* ne ferait que semer la discorde et menacer les fondements du régime d'assurance-santé.
- En tant qu'énoncé de principe, la *Loi* représente le meilleur instrument possible pour l'adoption d'une approche souple et innovatrice à l'égard de la prestation des soins.
- Il est reconnu que la *Loi* n'empêche aucunement les provinces d'adapter leurs programmes, leurs politiques et leurs approches en matière de santé à la situation et aux besoins locaux.
- En procédant à une révision de la *Loi*, on ouvre la porte à un système à deux vitesses ou à la prolifération des soins fournis par le secteur privé.

chapitre des services couverts par la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, les Canadiens ont accès à un ensemble croissant de services de santé qui dépassent le cadre des « services médicalement nécessaires fournis par les médecins et les hôpitaux ». Pour de nombreux Canadiens, cette situation a rendu plus floue la distinction entre les services qui sont visés par la *Loi canadienne sur la santé* et ceux qui ne le sont pas, mais qui sont couverts par un régime provincial. Le gouvernement fédéral a laissé aux provinces et à leurs citoyens le soin de décider des services additionnels qui seraient couverts. On constate donc des disparités évidentes dans l'étendue de la protection supplémentaire offerte par les régimes provinciaux, notamment sur le plan des soins à domicile et des soins de longue durée.

Bien que le concept d'intégralité de la protection offerte soit encore largement accepté, il fait l'objet de critiques sur deux plans. D'une part, certaines personnes soutiennent que la définition du terme « intégralité » doit être élargie pour mieux refléter l'évolution rapide des connaissances médicales, de la pratique et des attentes du public dans les 40 dernières années. Selon ces personnes, la protection offerte doit être étendue pour englober de nouveaux services aujourd'hui considérés comme médicalement nécessaires, tels que les médicaments sur ordonnance et certains types de soins à domicile. Cette démarche suppose l'examen d'une question importante : comment absorber le coût de ces services supplémentaires? Si nous élargissons la protection offerte, les dépenses du Trésor public vont nécessairement augmenter à court terme, même si le coût total des soins de santé est appelé à baisser à long terme.

Disparités dans l'étendue de la protection supplémentaire offerte

Même s'il est difficile d'obtenir des renseignements exacts et à jour sur les services de santé qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, on constate des disparités évidentes dans la protection offerte d'une province à l'autre. Les soins à domicile en sont un excellent exemple. Si l'ensemble des administrations provinciales et territoriales couvrent les services professionnels tels que les soins infirmiers, certaines étendent la protection jusqu'aux soins personnels et aux services d'aide ménagère. Certains régimes couvrent donc le coût des repas, de l'entretien ménager et des services de maintien à domicile. De même, les services de soutien et de répit et les soins palliatifs à domicile sont couverts dans certaines provinces, mais pas dans d'autres. Mais les différences ne sont pas exclusivement interprovinciales. En effet, il existe aussi, à l'intérieur d'une même province ou d'un même territoire, des inégalités dans les types de services fournis d'une collectivité à l'autre ou d'une région sanitaire à l'autre.

D'autre part, l'explosion des technologies et des connaissances médicales, cumulée au vieillissement de la population, en a amené certains à conclure que nous ne pouvons plus nous payer les services qui sont actuellement offerts, et encore moins nous permettre de nouveaux services. Ce point de vue est le fait de personnes convaincues de la nécessité d'imposer des limites sur les services couverts par le régime public. Si les soins et les tests essentiels les plus coûteux sont les seuls couverts par le régime d'assurance-santé, les particuliers devront assumer une plus grande part de responsabilité à l'égard des autres services, notamment en souscrivant une assurance supplémentaire ou en payant directement de leur poche.

Le débat sur l'étendue de la protection offerte nous amène à nous pencher sur une autre question controversée, le rôle du secteur privé dans la prestation des services de santé. Le régime d'assurance-santé absorbe quelque 70 % du montant total qui est consacré aux soins de santé au Canada. Mais, en réalité, les gouvernements fournissent directement une très faible proportion de ces services; en ce sens, certains éléments de notre système sont déjà « privés », et l'ont d'ailleurs toujours été. En revanche, les gouvernements administrent une grande partie des dépenses des Canadiens au chapitre des soins de santé, et ils jouent un rôle crucial dans le domaine de la santé et de la sécurité du public. Par conséquent, nos soins de santé sont fournis par un ensemble disparate d'établissements à but lucratif ou non, de praticiens indépendants, de professionnels salariés ainsi que de travailleurs syndiqués et non syndiqués; de même, le système de soins de santé canadien est le résultat d'un mélange complexe et déroutant de politiques, de programmes et d'initiatives issus d'une gamme variée de mécanismes de financement publics et privés. Dans nos débats sur l'avenir des soins de santé au Canada, nous devons garder à l'esprit ce contexte particulier, surtout lorsque nous discutons du rôle du secteur privé dans la prestation des services de santé.

La *Loi canadienne sur la santé* : Une révision s'impose-t-elle?

Ceux qui veulent une révision de la *Loi canadienne sur la santé* font valoir les arguments suivants :

- La *Loi* ne vise que les services fournis par les hôpitaux et les médecins. Il importe d'en repenser le contenu pour décider s'il y a lieu d'étendre la protection offerte à d'autres services de santé importants, dont les soins à domicile, les soins de longue durée et certains programmes de prévention et de promotion.
- Il faut se doter de mécanismes plus inclusifs pour faire le tri entre les services à couvrir et les services à exclure.
- Il se peut que les cinq principes soient devenus un obstacle à l'innovation et à l'amélioration continue des soins de santé.
- La *Loi* doit mieux refléter le rôle des provinces dans la prestation des services de santé.
- La *Loi* demeure ambiguë sur le rôle que doit jouer le secteur privé, et il faut remédier à cette lacune.

Ceux qui sont contre la révision de la *Loi canadienne sur la santé* soutiennent ce qui suit :

- La *Loi* a toujours tenu lieu de rempart solide contre ceux qui cherchaient à réduire la protection offerte par le régime d'assurance-santé et à en démolir les principes fondamentaux.
- Un réexamen de la *Loi* ne ferait que semer la discorde et menacer les fondements du régime d'assurance-santé.
- En tant qu'énoncé de principe, la *Loi* représente le meilleur instrument possible pour l'adoption d'une approche souple et innovatrice à l'égard de la prestation des soins.
- Il est reconnu que la *Loi* n'empêche aucunement les provinces d'adapter leurs programmes, leurs politiques et leurs approches en matière de santé à la situation et aux besoins locaux.
- En procédant à une révision de la *Loi*, on ouvre la porte à un système à deux vitesses ou à la prolifération des soins fournis par le secteur privé.

Débat sur la *Loi canadienne sur la santé*

De plus en plus, les Canadiens et les gouvernements qui les représentent commencent à débattre d'importantes questions qui vont au cœur même de la *Loi canadienne sur la santé*. La *Loi* nous fournit-elle un cadre valable et suffisant pour la prestation des soins de santé au XXI[e] siècle? Sinon, sur quels fondements le système devrait-il reposer? Quels principes devraient régir son application? Devrions-nous définir plus explicitement les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*?

Tout compte fait, les avis sont extrêmement partagés quant à l'opportunité d'une révision de la *Loi canadienne sur la santé*.

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

Les Canadiens en sont venus à voir le régime d'assurance-santé – et son fondement législatif, la *Loi canadienne sur la santé* – comme un élément déterminant de l'identité canadienne. Par contre, la plupart des Canadiens reconnaissent qu'aucune loi ne devrait être à l'abri d'un examen ou d'une révision. L'objectif ne peut donc consister à renoncer aux principes que nous chérissons, mais plutôt à garantir que la *Loi canadienne sur la santé* sera une balise pour l'orientation future du système de soins de santé, et non un obstacle au changement ou un foyer de querelles intergouvernementales.

C'est dans cette optique que je présente mes observations préliminaires :

- Une discussion sur la *Loi canadienne sur la santé* s'impose. Nous devons nous assurer que celle-ci exprime encore les valeurs qu'ont embrassées tous les Canadiens et qu'elle expose une orientation claire, cohérente et moderne pour le système de santé de demain.
- Nous devons envisager d'adopter un nouveau mécanisme ou une nouvelle approche pour prévenir ou régler les différends entourant l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*.
- Les Canadiens méritent d'avoir voix au chapitre lorsque vient le moment de décider quels services devraient être couverts par le régime public. Même si les élus rendent des comptes à la population, il est actuellement difficile de comprendre – et souvent encore plus difficile de justifier – comment les décisions sont prises et qui sont les décideurs.

DES QUESTIONS POUR LES CANADIENS

Dans le contexte des valeurs prônées par les Canadiens et de leurs opinions sur l'avenir du système de soins de santé, j'aimerais inciter les citoyens de notre pays à songer à plusieurs questions importantes :

- *Quelles valeurs fondamentales devraient servir de piliers à la* Loi canadienne sur la santé*?*
- *Les principes énoncés dans la* Loi canadienne sur la santé *sont-ils conséquents, pertinents et adaptés aux défis contemporains que doit relever le secteur de la santé?*

- *Ces principes nous permettront-ils de respecter les priorités des Canadiens, soit des soins de meilleure qualité et un accès plus universel et plus rapide aux services de santé?*
- *Comment pouvons-nous régler les différends entourant l'interprétation de la* Loi canadienne sur la santé*?*
- *Comment départager les traitements et services médicaux qui devraient être couverts par le régime d'assurance-santé et ceux qui devraient en être exclus?*
- *Les Canadiens peuvent-ils participer plus directement au choix des services supplémentaires qui pourraient ou qui devraient être couverts par le régime d'assurance-santé, par exemple les soins à domicile, les soins de longue durée et les médicaments sur ordonnance?*

4 FINANCEMENT ET VIABILITÉ FINANCIÈRE

Depuis le début de mon enquête, plusieurs Canadiens – citoyens intéressés, experts, intervenants et dirigeants politiques – m'ont fait part de leurs inquiétudes concernant le financement du système de soins de santé, compte tenu de la conjoncture actuelle et, surtout, des contraintes à venir. Ils craignent que le Canada n'ait plus les moyens de répondre aux besoins d'une population vieillissante. Ils se demandent si nous pouvons absorber les coûts toujours croissants des nouveaux médicaments, des nouveaux traitements et des nouveaux remèdes. Et certains Canadiens ont peur que la hausse des dépenses publiques dans le secteur de la santé ne se fasse au détriment des investissements publics dans d'autres domaines, comme l'éducation, les services sociaux ou l'habitation.

La question de la viabilité financière du système public de santé se trouve au cœur même du mandat de la Commission. Il s'agit d'un enjeu complexe, et, dans bien des cas, les avis sont partagés sur des questions fondamentales, telles que la quote-part des provinces par rapport à celle du fédéral, les moyens d'inverser les tendances actuelles en matière de financement ou la part des budgets fédéraux et provinciaux qui devrait être consacrée aux soins de santé.

Pour les besoins du présent rapport d'étape et pour inciter les Canadiens à réfléchir à ces défis financiers, il est important de commencer par brosser un tableau de la situation actuelle : les facteurs qui font augmenter les coûts, le mode de financement actuel du système de soins de santé et les scénarios que nous pouvons envisager pour assurer la viabilité et la stabilité financières du régime dans les années à venir.

LA SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE

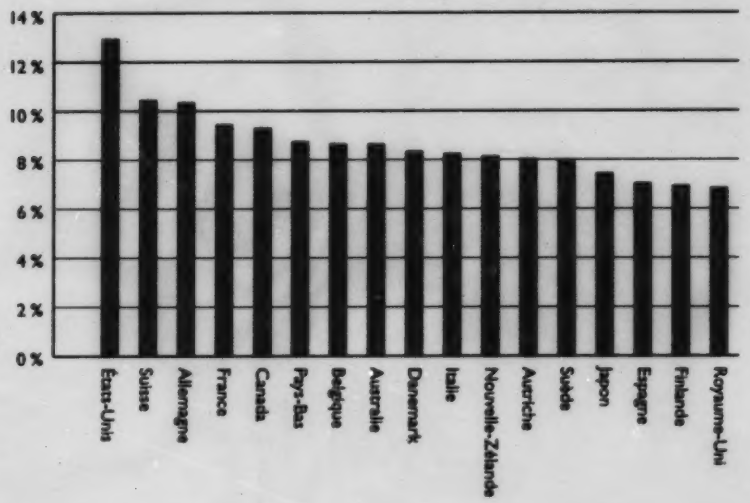
Que savons-nous des budgets consacrés au système de soins de santé au Canada? Nos dépenses sont-elles excessives ou insuffisantes? Les opinions divergent, et la réponse à ces questions dépend de l'approche adoptée pour l'examen des comptes. Malgré tout, nous avons à notre disposition certaines informations probantes qui nous permettent de jeter un peu de lumière sur la question.

Du point de vue des budgets affectés aux soins de santé, comment le Canada se compare-t-il aux autres pays?

Si nous examinons, dans les pays industrialisés, les sommes totales consacrées à la santé (par le secteur public et le secteur privé) en tant que pourcentage du produit intérieur brut (PIB), nous constatons que le Canada se classe dans le tiers supérieur. Malheureusement, il paraît difficile d'établir une relation immédiate ou directe entre ces dépenses, d'une part, et l'état de santé d'une population donnée, d'autre part. Par exemple, les États-Unis sont le pays qui alloue le plus de fonds aux soins de santé, et le Royaume-Uni est celui qui en consacre le moins (parmi les pays mentionnés à la figure 1a). Or, ces écarts ne se traduisent pas par des différences évidentes dans l'état de santé des deux populations.

Figure 1a

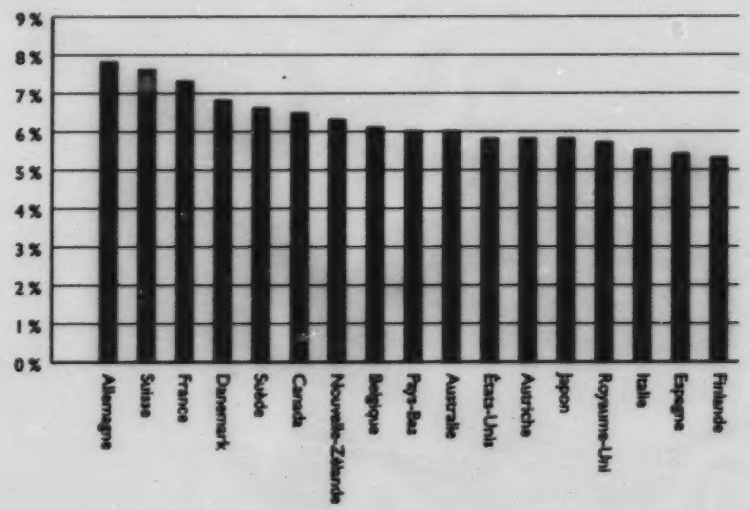
Dépenses totales consacrées à la santé en tant que pourcentage du PIB, chez certains pays membres de l'OCDE



Source : Éco-Santé OCDE, 2001.

Figure 1b

Dépenses publiques consacrées à la santé en tant que pourcentage du PIB



Source : Éco-santé OCDE, 2001.

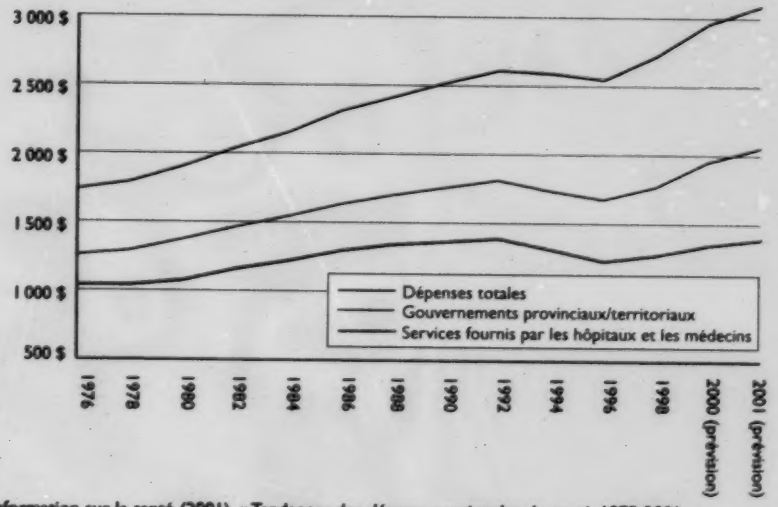
Lorsqu'il est question strictement de la quote-part du secteur public, le Canada se trouve à nouveau dans le premier tiers pour ce qui est des investissements dans le secteur des soins de santé (figure 1b). Du même coup, il est remarquable de constater à quel point les budgets de soins de santé se ressemblent dans la plupart des pays membres de l'OCDE.

Dépensons-nous plus ou moins que par le passé?

La figure 2 montre que le total des dépenses en santé s'est nettement accru au cours des dernières décennies, même si l'on tient compte de l'inflation. Les dépenses réelles dans le domaine de la santé (l'augmentation des dépenses moins le taux d'inflation) ont connu une hausse constante jusqu'au début des années 1990, après quoi une baisse importante des investissements des gouvernements provinciaux est survenue dans ce secteur. Toutefois, après 1997, le total des dépenses en santé a recommencé à croître de manière sensible. Il semble toutefois que ces récentes augmentations s'expliquent par des facteurs autres que la hausse du coût des services fournis par les hôpitaux et les médecins. En d'autres termes, les dépenses visant les services non prévus par la *Loi canadienne sur la santé* connaissent une croissance plus rapide que les dépenses touchant les services couverts.

Figure 2

Tendances des dépenses de santé par habitant : dépenses totales, dépenses provinciales-territoriales, dépenses pour les services fournis par les hôpitaux et les médecins (dollars constants de 1997)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (2001), « Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001 ».

Le financement des soins de santé est-il stable?

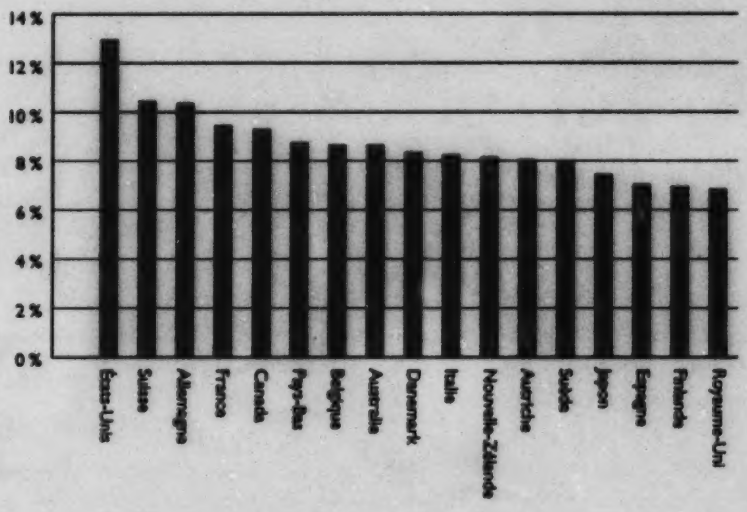
Si nous examinons les changements survenus dans les dépenses en matière de soins de santé d'une année à l'autre, nous pouvons voir que les fluctuations dans les dépenses annuelles sont beaucoup plus grandes au Canada que dans d'autres pays de l'OCDE

Du point de vue des budgets affectés aux soins de santé, comment le Canada se compare-t-il aux autres pays?

Si nous examinons, dans les pays industrialisés, les sommes totales consacrées à la santé (par le secteur public et le secteur privé) en tant que pourcentage du produit intérieur brut (PIB), nous constatons que le Canada se classe dans le tiers supérieur. Malheureusement, il paraît difficile d'établir une relation immédiate ou directe entre ces dépenses, d'une part, et l'état de santé d'une population donnée, d'autre part. Par exemple, les États-Unis sont le pays qui alloue le plus de fonds aux soins de santé, et le Royaume-Uni est celui qui en consacre le moins (parmi les pays mentionnés à la figure 1a). Or, ces écarts ne se traduisent pas par des différences évidentes dans l'état de santé des deux populations.

Figure 1a

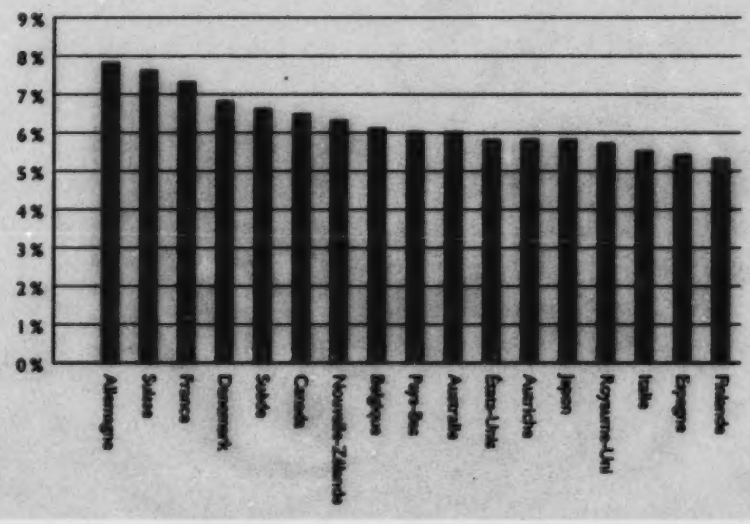
Dépenses totales consacrées à la santé en tant que pourcentage du PIB, chez certains pays membres de l'OCDE



Source : Éco-Santé OCDE, 2001.

Figure 1b

Dépenses publiques consacrées à la santé en tant que pourcentage du PIB



Source : Éco-santé OCDE, 2001.

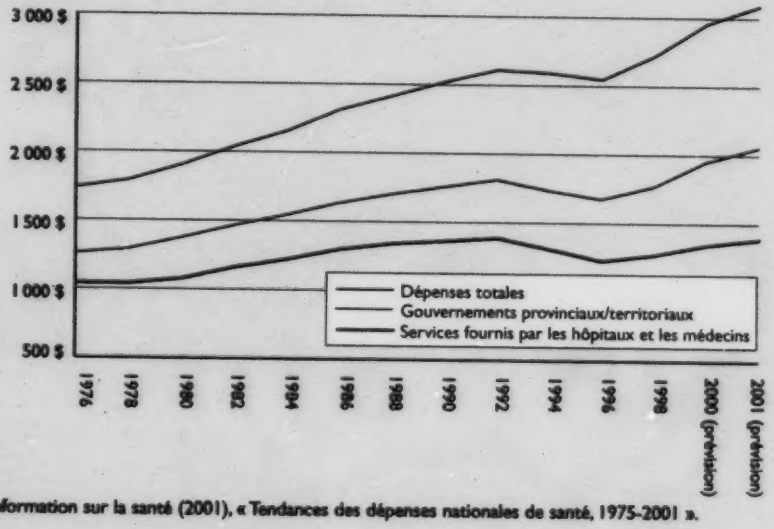
Lorsqu'il est question strictement de la quote-part du secteur public, le Canada se trouve à nouveau dans le premier tiers pour ce qui est des investissements dans le secteur des soins de santé (figure 1b). Du même coup, il est remarquable de constater à quel point les budgets de soins de santé se ressemblent dans la plupart des pays membres de l'OCDE.

Dépensons-nous plus ou moins que par le passé?

La figure 2 montre que le total des dépenses en santé s'est nettement accru au cours des dernières décennies, même si l'on tient compte de l'inflation. Les dépenses réelles dans le domaine de la santé (l'augmentation des dépenses moins le taux d'inflation) ont connu une hausse constante jusqu'au début des années 1990, après quoi une baisse importante des investissements des gouvernements provinciaux est survenue dans ce secteur. Toutefois, après 1997, le total des dépenses en santé a recommencé à croître de manière sensible. Il semble toutefois que ces récentes augmentations s'expliquent par des facteurs autres que la hausse du coût des services fournis par les hôpitaux et les médecins. En d'autres termes, les dépenses visant les services non prévus par la *Loi canadienne sur la santé* connaissent une croissance plus rapide que les dépenses touchant les services couverts.

Figure 2

Tendances des dépenses de santé par habitant : dépenses totales, dépenses provinciales-territoriales, dépenses pour les services fournis par les hôpitaux et les médecins (dollars constants de 1997)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (2001), « Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2001 ».

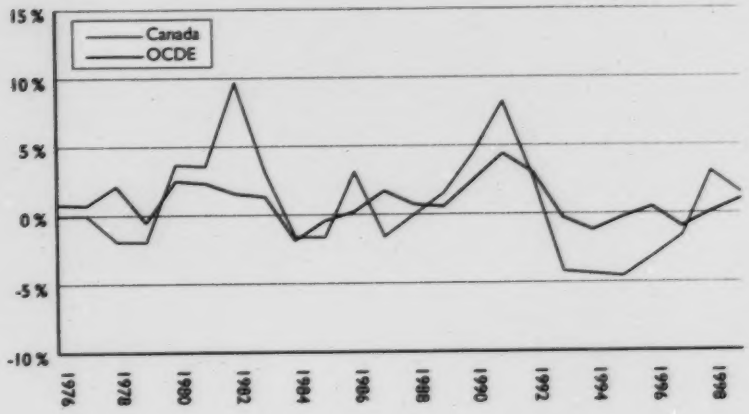
Le financement des soins de santé est-il stable?

Si nous examinons les changements survenus dans les dépenses en matière de soins de santé d'une année à l'autre, nous pouvons voir que les fluctuations dans les dépenses annuelles sont beaucoup plus grandes au Canada que dans d'autres pays de l'OCDE

(figure 3). Cette réalité viendrait appuyer l'argument selon lequel un financement instable et imprévisible représente un défi de taille pour les planificateurs de soins de santé du Canada.

Figure 3

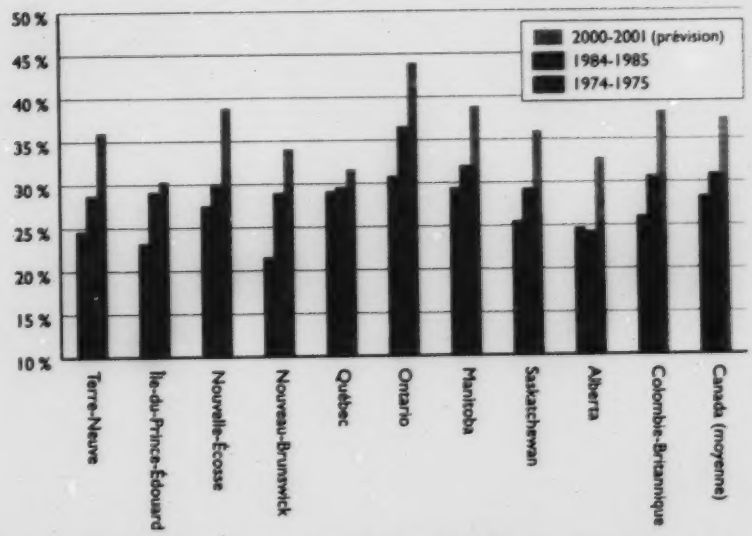
Taux annuel de changement : pourcentage du PIB consacré aux dépenses publiques en santé



Source : Données de l'OCDE sur la santé, 2001.
Nota : La moyenne de l'OCDE est calculée en fonction du taux de changement dans un groupe choisi de pays de l'OCDE, dont l'Autriche, le Canada, le Danemark, la France, la Finlande, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, l'Espagne, la Suède, la Suisse et les États-Unis.

Figure 4

Dépenses de santé préliminaires des gouvernements provinciaux en proportion des dépenses de programmes selon la province (dollars courants)

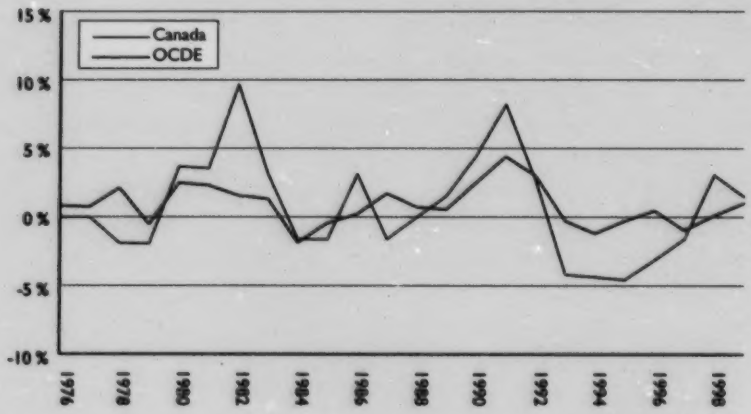


Source : Institut canadien d'information sur la santé (2001), « Dépenses de santé préliminaires des gouvernements provinciaux en proportion des dépenses de programmes selon la province, de 1974-1975 à 2001-2002. »

(figure 3). Cette réalité viendrait appuyer l'argument selon lequel un financement instable et imprévisible représente un défi de taille pour les planificateurs de soins de santé du Canada.

Figure 3

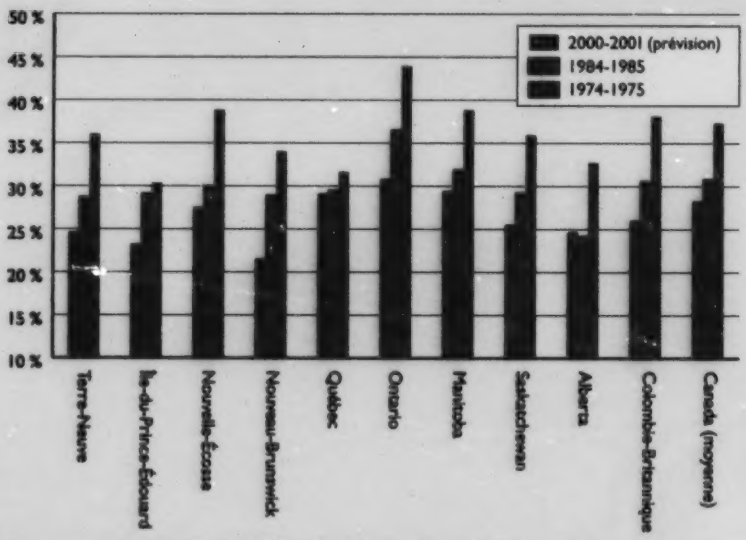
Taux annuel de changement : pourcentage du PIB consacré aux dépenses publiques en santé



Source : Données de l'OCDE sur la santé, 2001.
Nota : La moyenne de l'OCDE est calculée en fonction du taux de changement dans un groupe choisi de pays de l'OCDE, dont l'Autriche, le Canada, le Danemark, la France, la Finlande, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, l'Espagne, la Suède, la Suisse et les États-Unis.

Figure 4

Dépenses de santé préliminaires des gouvernements provinciaux en proportion des dépenses de programmes selon la province (dollars courants)



Source : Institut canadien d'information sur la santé (2001), « Dépenses de santé préliminaires des gouvernements provinciaux en proportion des dépenses de programmes selon la province, de 1974-1975 à 2001-2002. »

Les soins de santé rongent-ils une part toujours plus grande des budgets provinciaux?

Certains Canadiens et leurs gouvernements craignent que le système de santé ne draine une proportion toujours plus grande des budgets provinciaux, au détriment d'autres services essentiels. À l'heure actuelle, les provinces consacrent au moins 30 % de leurs dépenses de programmes à la santé, cette proportion dépassant même 40 % dans certains cas. Toutes les provinces ont vu croître de manière considérable la proportion de leurs dépenses consacrées à la santé depuis le milieu des années 1970 (figure 4), ce qui, pour bon nombre de gouvernements, est source de préoccupation. Toutes les provinces et tous les territoires cherchent des moyens de gérer et de circonscrire les coûts des soins de santé. Le défi consiste donc maintenant à déterminer quelle proportion des dépenses publiques globales devrait être consacrée aux soins de santé et ce qui se passera si les pressions en matière de dépenses continuent de s'intensifier.

LES TENDANCES EN MATIÈRE DE COÛT DES SOINS DE SANTÉ

Les tendances actuelles montrent que le coût des soins de santé augmente, et beaucoup soutiennent qu'il augmentera encore en raison d'une combinaison de facteurs nouveaux et émergents.

Les nouveaux médicaments et la pharmacothérapie, le perfectionnement de la technologie diagnostique et thérapeutique, l'évolution rapide des nouvelles innovations techniques et l'émergence de nouvelles thérapies géniques, voilà autant d'éléments très prometteurs qui contribueront incontestablement à faire augmenter les coûts dans le domaine de la santé. En outre, le vieillissement de la population canadienne pourrait aussi avoir des répercussions. Certes, il a été prouvé que les Canadiens vivent désormais plus longtemps et qu'ils sont en meilleure santé, ce qui pourrait réduire l'impact du vieillissement de la population sur le coût des soins de santé. Toutefois, il ne faut pas oublier que les besoins en matière de soins de santé et les profils de consommation changent considérablement à mesure que l'on vieillit.

L'un des principaux facteurs d'augmentation au cours des dernières décennies a été l'évolution de nos attentes. De nos jours, nous voulons ce qu'il y a de mieux en matière de technologie, de traitements, d'installations, de recherche et de médicaments, et, par conséquent, nous dictons à nos gouvernements des impératifs qu'il leur est impossible de maintenir au fil des ans. Au moment de concevoir un système de santé durable pour le XXI^{e} siècle, il faudra bien gérer les attentes et s'assurer que les Canadiens comprennent qu'il faudra faire des compromis si l'on veut augmenter les dépenses publiques.

QUI ABSORBE LES COÛTS DU SYSTÈME DE SANTÉ?

Pour bon nombre de Canadiens, les détails relatifs au paiement des services de santé sont pour le moins difficiles à comprendre, et pour cause. Les arrangements sont complexes et confus : certains services sont assurés par l'État, d'autres ne le sont pas; des régimes

d'assurance facultatifs privés paient certains services en tout ou en partie; certains services sont offerts gratuitement dans certaines provinces alors qu'ils ne le sont pas dans d'autres. Par ailleurs, bien que les gouvernements provinciaux et territoriaux recourent surtout à l'impôt sur le revenu pour financer les soins de santé, ils trouvent aussi des sources de revenu dans les taxes de vente, les cotisations pour les soins de santé et les paiements de transfert du gouvernement fédéral. En effet, le gouvernement du Canada contribue de manière directe au financement des soins de santé dans les provinces, dans une proportion établie par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS); il fournit aussi des fonds additionnels aux provinces les plus pauvres sous forme de paiements de péréquation pour les aider à assurer un niveau de service adéquat.

Ces dernières années, partout au pays, il y a eu beaucoup de discussions et de débats sur le financement par le gouvernement fédéral des services de santé. Non seulement les gouvernements fédéral et provinciaux ne s'entendent pas sur ce qu'est une « contribution suffisante », mais en plus ils ne s'entendent pas sur ce en quoi consiste un transfert du gouvernement fédéral aux provinces. Les deux parties utilisent leurs propres chiffres et leurs propres données et pointent « l'autre » du doigt. Faut-il alors s'étonner de voir les Canadiens exprimer leur colère et leurs frustrations à l'endroit des deux niveaux de gouvernement et de leur inaptitude manifeste à trouver un terrain d'entente à long terme?

Perception et allocation des fonds destinés aux soins de santé : Qui fait quoi?

Citoyens	Gouvernement fédéral	Provinces/territoires
• Paiement des impôts fédéraux • Paiement des impôts provinciaux • Achat direct d'assurances privées (souvent par l'entremise de l'employeur) • Achat direct de services médicaux et non médicaux	• Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (aux provinces) • Paiements de péréquation aux provinces les plus pauvres • Programmes de recherche médicale, non médicale et de santé publique • Services de santé directs pour certains peuples autochtones, les anciens combattants, le personnel militaire, etc.	• Programmes et services aux fournisseurs, aux établissements et aux autorités sanitaires pour les services « médicalement nécessaires » fournis par les hôpitaux et les médecins en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* • Programmes supplémentaires non prévus dans la *Loi canadienne sur la santé* (soins à domicile, soins de longue durée, régime d'assurance-médicaments pour certains résidents, etc.) • Programmes de recherche médicale et non médicale et de santé publique

d'assurance facultatifs privés paient certains services en tout ou en partie; certains services sont offerts gratuitement dans certaines provinces alors qu'ils ne le sont pas dans d'autres. Par ailleurs, bien que les gouvernements provinciaux et territoriaux recourent surtout à l'impôt sur le revenu pour financer les soins de santé, ils trouvent aussi des sources de revenu dans les taxes de vente, les cotisations pour les soins de santé et les paiements de transfert du gouvernement fédéral. En effet, le gouvernement du Canada contribue de manière directe au financement des soins de santé dans les provinces, dans une proportion établie par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS); il fournit aussi des fonds additionnels aux provinces les plus pauvres sous forme de paiements de péréquation pour les aider à assurer un niveau de service adéquat.

Ces dernières années, partout au pays, il y a eu beaucoup de discussions et de débats sur le financement par le gouvernement fédéral des services de santé. Non seulement les gouvernements fédéral et provinciaux ne s'entendent pas sur ce qu'est une « contribution suffisante », mais en plus ils ne s'entendent pas sur ce en quoi consiste un transfert du gouvernement fédéral aux provinces. Les deux parties utilisent leurs propres chiffres et leurs propres données et pointent « l'autre » du doigt. Faut-il alors s'étonner de voir les Canadiens exprimer leur colère et leurs frustrations à l'endroit des deux niveaux de gouvernement et de leur inaptitude manifeste à trouver un terrain d'entente à long terme?

Perception et allocation des fonds destinés aux soins de santé : Qui fait quoi?

Citoyens	Gouvernement fédéral	Provinces/territoires
• Paiement des impôts fédéraux • Paiement des impôts provinciaux • Achat direct d'assurances privées (souvent par l'entremise de l'employeur) • Achat direct de services médicaux et non médicaux	• Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (aux provinces) • Paiements de péréquation aux provinces les plus pauvres • Programmes de recherche médicale, non médicale et de santé publique • Services de santé directs pour certains peuples autochtones, les anciens combattants, le personnel militaire, etc.	• Programmes et services aux fournisseurs, aux établissements et aux autorités sanitaires pour les services « médicalement nécessaires » fournis par les hôpitaux et les médecins en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* • Programmes supplémentaires non prévus dans la *Loi canadienne sur la santé* (soins à domicile, soins de longue durée, régime d'assurance-médicaments pour certains résidents, etc.) • Programmes de recherche médicale et non médicale et de santé publique

LES OPTIONS EN MATIÈRE DE FINANCEMENT

Souvent, ce que nous faisons pour assurer la viabilité financière dépend de nos valeurs et de notre façon de définir le problème. Si nous reprenons les quatre perspectives présentées à la page 11, nous constatons que les solutions et les options financières que nous préconisons sont directement liées à notre perception de la nature du problème.

D'abord, il y a les personnes pour qui les problèmes financiers dans le domaine de la santé résultent d'un financement insuffisant et de la nécessité de rattraper aujourd'hui le manque à gagner. C'est pourquoi ces personnes proposent d'augmenter les fonds affectés au système actuel par les gouvernements fédéral et provinciaux.

Ensuite, il y a les personnes qui croient que le coût des services de santé continuera d'augmenter de façon dramatique, bien au-delà de la capacité budgétaire des gouvernements fédéral et provinciaux. Pour elles, la solution consiste donc à chercher de nouvelles sources de revenu, comme un impôt spécialement affecté ou une surtaxe, ou encore à demander aux Canadiens d'assumer une plus large part des coûts pour les soins de santé, que ce soit par une contribution directe aux coûts des services reçus, par des primes d'assurance-santé, des droits d'utilisation ou toute autre contribution individuelle.

Certaines personnes disent qu'il ne faut pas s'attendre à ce que le système public de santé réponde indéfiniment à une demande toujours croissante et absorbe tous les frais qui en découlent. C'est pourquoi elles favorisent des solutions qui donnent aux Canadiens le choix de se tourner vers le secteur privé pour obtenir des services de santé, quitte à payer ces services directement ou au moyen d'assurances privées.

Enfin, il y a les personnes qui croient que les problèmes financiers actuels sont dus à des failles dans la façon dont les services de santé sont organisés et offerts. Ces personnes exigent une réorganisation du mode de prestation des services et la mise en œuvre de mesures innovatrices, comme la réforme des soins de santé primaires.

Ces quatre perspectives renvoient aux rôles respectifs des deux niveaux de gouvernement dans le système de santé. Comme on l'a souligné, les opinions divergent quant à ce que devraient être, aujourd'hui et à l'avenir, les contributions financières relatives des deux parties.

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

Peu importe la perspective qui nous semble la bonne et la façon dont nous définissons les problèmes financiers, le maintien de notre système de santé est sans contredit l'un des principaux défis qu'il nous faut relever en tant que Canadiens. À ce sujet, j'ai quelques observations préliminaires à formuler :

- Il n'y a pas de normes absolues dictant ce qu'un pays doit investir dans les soins de santé. Chaque pays fait ses choix en fonction de son histoire, de ses valeurs et de ses priorités.
- Il n'y a pas de réponse simple à la question du financement. Les deux niveaux de gouvernement prennent des décisions qui influeront sur leur capacité de financer un système de soins de santé de plus en plus onéreux. Il ne peut pas

suffire de jeter le blâme sur les autres; il faut mettre en place un processus qui permettra de déterminer la part relative que les deux parties devront assumer pour maintenir la viabilité et l'efficacité du système.

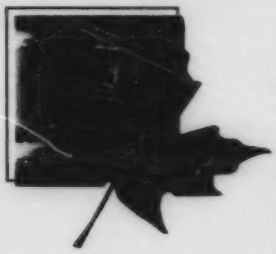
- Au cours des dernières années, les fluctuations dans l'octroi des fonds ont durement touché le système de santé. Il faut donc remplacer ces mesures erratiques par des dispositions de financement stables, à long terme, où les règles et les attentes des gouvernements sont claires.
- Il faut faire preuve d'une plus grande transparence en ce qui a trait aux dépenses. Quelles sont les sommes dépensées? Quels sont les déterminants? Qui dépense ces sommes? Qu'est-ce qui résulte de ces dépenses?
- Les Canadiens doivent pouvoir se convaincre que les accords financiers entre le gouvernement fédéral et les provinces, notamment le TCSPS, peuvent fournir la stabilité et la prévisibilité à long terme dont le système a besoin.

DES QUESTIONS POUR LES CANADIENS

En vue de nos prochaines consultations, je demanderais aux Canadiens de bien vouloir se pencher sur d'importantes questions, soit les suivantes :

- *Quelle priorité relative doivent accorder les gouvernements aux programmes publics de soins de santé, sachant qu'il n'y a qu'une façon de recueillir les fonds nécessaires (l'impôt) et que les gouvernements doivent aussi répondre à la demande concurrente des autres secteurs essentiels, comme l'éducation, les routes, la sécurité publique et les services sociaux?*
- *Avons-nous besoin d'investir plus d'argent dans le système de santé du Canada, et, dans l'affirmative, d'où proviendront les fonds additionnels? Des budgets du gouvernement fédéral et des provinces? De nouvelles sources de revenu comme les impôts spécialement affectés? De la poche des particuliers, parce qu'il leur faut davantage contribuer au financement de leur propre régime de soins de santé?*
- *À votre avis, quelle part des coûts des soins de santé les gouvernements fédéral et provinciaux devraient-ils assumer pour que le système dispose d'un financement stable et à long terme?*
- *Les attentes des Canadiens relativement au système de santé sont-elles réalistes par rapport à la capacité financière des gouvernements fédéral et provinciaux?*

5 QUALITÉ ET ACCÈS



Lorsque j'aborde la question des soins de santé avec les Canadiens, deux préoccupations reviennent sans cesse : la qualité et l'accès. Les Canadiens veulent recevoir des soins de santé de qualité, c'est-à-dire des services qui les aident à guérir et qui améliorent leur qualité de vie et leur santé en général. Ils se préoccupent également du temps qu'ils doivent passer à attendre avant de voir un médecin ou un spécialiste, de subir un examen diagnostique ou une chirurgie ou de recevoir des traitements contre le cancer. En d'autres mots, ils se demandent si notre système public de santé peut maintenir la cadence et fournir les soins de qualité dont ils ont besoin. Voici quelques-unes des principales préoccupations des Canadiens en ce qui a trait à la qualité des soins de santé et à l'accès à ceux-ci.

L'ATTENTE

L'attente excessive pour obtenir des services de soins de santé est désormais l'une des principales préoccupations des Canadiens. Les retards sont causés par plusieurs facteurs, notamment la façon dont nous limitons l'accès aux soins et la façon dont les responsables de la prestation des services gèrent leurs ressources pour respecter leurs budgets. En fait, il ne fait aucun doute qu'il y a d'innombrables raisons expliquant la longueur des listes d'attente, par exemple la pénurie de ressources financières et de personnel qualifié (personnel infirmier, médecins de famille, spécialistes, techniciens, etc.). Les pratiques de gestion inefficaces peuvent également créer des périodes d'attente excessivement longues pour l'obtention d'un traitement. Souvent, aussi, l'absence de critères précis, de méthodes de suivi efficaces et de normes claires peut entraîner des retards inutiles. En outre, le fait que toutes les parties du système ne sont pas bien intégrées entre elles représente un autre problème évident. Trop souvent, les médecins, les spécialistes et le personnel infirmier fonctionnent en « parallèle », travaillant côte à côte mais jamais comme membres d'une même équipe axée sur le patient. Par ailleurs, le perfectionnement constant de la technologie fait en sorte que de plus en plus de personnes sont éligibles à de nouveaux traitements, ce qui, en retour, exerce une pression encore plus grande sur les installations et les ressources existantes.

Inquiétudes au sujet des listes d'attente

- **Spécialistes** – Le fait qu'il faille attendre des mois avant de pouvoir voir un spécialiste est la principale source de frustration chez les Canadiens à l'endroit du système public de santé. Parmi les causes de ces retards, mentionnons la pénurie de spécialistes dans certains domaines, les mauvaises pratiques de gestion des rendez-vous et l'évaluation inadéquate des besoins.
- **Procédures de diagnostic** – Nous avons tous entendu parler du temps d'attente pour subir un examen IRM. La période d'attente pour un examen d'imagerie par résonance magnétique, un tomodensitogramme ou tout autre test peut s'avérer longue en raison de la pénurie d'équipements, de spécialistes et de techniciens qualifiés, ainsi que des pressions occasionnées par le recours accru à de telles procédures.
- **Interventions chirurgicales** – Il n'est pas rare qu'il faille attendre longtemps avant de subir une intervention chirurgicale non urgente. Les retards peuvent être occasionnés par la mauvaise gestion de l'accès, la pénurie de professionnels de la santé, le manque de temps en salle d'opération ou la pénurie de lits dans les hôpitaux.
- **Salles d'urgence** – Toute personne qui s'est déjà présentée à l'urgence en pleine nuit avec un enfant malade sait ce que c'est que d'attendre à l'urgence. Les périodes d'attente peuvent être provoquées par une augmentation imprévue de la demande en raison d'un accident ou d'une poussée épidémique; l'absence de solutions de rechange telles que les cliniques ayant des heures d'ouverture prolongées; la pénurie de personnel; l'utilisation de la salle d'urgence pour des raisons non urgentes; l'incapacité de transférer des patients dans des unités de soins ou la mauvaise distribution de la charge de travail avec d'autres établissements de soins.
- **Établissements de soins de longue durée** – Trop souvent, les personnes qui ont besoin de soins de longue durée doivent attendre à l'hôpital. Ce temps d'attente est provoqué par la pénurie de lits dans les établissements de soins de longue durée, le manque de services de santé communautaires, le manque de solutions de rechange en matière de logement et l'absence de critères d'admission normalisés.

Quelques problèmes d'accès courants

- **Non-disponibilité des services** – Certains services (par exemple les thérapies expérimentales) et certaines technologies (par exemple le scanner PET) ne sont simplement pas offerts par certains régimes provinciaux et territoriaux, et aucune disposition n'a été prise pour référer les patients à l'extérieur de la province.
- **Demande de services excédant l'offre** – Ce fait nécessite de limiter l'accès en fonction de l'acuité du besoin ou d'autres critères.
- **Services qui ne sont pas aisément accessibles** – Certains services spécialisés et certains équipements sont parfois accessibles seulement dans les grands centres urbains.
- **Services non prévus dans la *Loi canadienne sur la santé*** – Certains services ne sont pas couverts par le régime public même s'ils sont essentiels à un traitement donné, par exemple, les médicaments sur ordonnance pour le traitement de certaines maladies chroniques.
- **Barrières culturelles, linguistiques et sociales** – Ces facteurs rendent l'accès aux soins de santé difficile pour certains groupes marginalisés, notamment certains groupes autochtones et les immigrants.

Les Canadiens se préoccupent également de l'accès à une vaste gamme de services de santé, depuis le rendez-vous avec le médecin de famille ou le spécialiste jusqu'aux programmes de soins de longue durée ou de santé mentale dans la collectivité. Une fois encore, les difficultés liées à l'accès et au délai d'attente sont d'importantes sources de préoccupation, et elles viennent ébranler la confiance des Canadiens à l'égard de leur système de santé.

L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

On dit souvent qu'il est impossible d'améliorer ce qu'on ne peut pas évaluer, et cette affirmation est certainement valable pour le système public de soins de santé. Malgré les efforts déployés récemment, nous manquons de renseignements fiables et mesurables sur un trop grand nombre d'aspects de notre système de santé, depuis le temps d'attente jusqu'aux coûts, en passant par le résultat des traitements. Bien qu'il soit beaucoup question de l'importance du processus décisionnel fondé sur des données probantes, il y a souvent très peu de preuves tangibles sur lesquelles appuyer les décisions. Nous pouvons seulement nous fonder sur des anecdotes, des expériences isolées et des estimations plus ou moins précises.

Voici quelques-unes des nouvelles démarches qui ont été suggérées au cours des dernières années :

- Élaboration d'indicateurs communs pour mesurer le rendement à tous les niveaux, du système national à la clinique locale;
- Élaboration d'indicateurs de résultats pour la santé qui vont au-delà de la mesure du traitement d'une maladie;
- Création d'outils innovateurs pour la gestion des soins de santé, notamment de lignes directrices pour la pratique clinique;
- Utilisation de systèmes de gestion intégrés de l'information.

Au cours des dernières années, des progrès ont été réalisés pour ce qui est de mesurer de manière concrète le rendement du système et de donner aux Canadiens et à leurs gouvernements de meilleurs renseignements en matière de santé. Par exemple, le Conseil canadien d'agrément des services de santé, un organisme non gouvernemental sans but lucratif, se charge d'évaluer la qualité des soins et des services de santé en fonction d'une série de normes nationales. En outre, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé offre aux gouvernements des renseignements importants sur l'efficacité des nouvelles technologies. Il y a aussi l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui donne aux gouvernements et au grand public des données plus complètes et plus fiables sur les résultats en matière de santé et sur le système en général.

LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE D'ACCÈS ET DE QUALITÉ

Les Canadiens qui vivent dans des régions rurales ou éloignées, y compris dans les vastes territoires du Nord, ont souvent l'impression de ne pas avoir un accès suffisant aux services de santé dont ils ont besoin. Bon nombre d'entre eux n'ont pas facilement accès à un médecin de famille et à d'autres professionnels et services de santé. Parce que la majorité

des Canadiens vivent dans les centres urbains du sud du pays, c'est dans ces régions que se concentrent les ressources en soins de santé.

Bien que les Canadiens qui habitent des régions éloignées savent qu'ils n'ont pas immédiatement accès aux médecins et aux établissements les plus spécialisés, ils s'attendent quand même à avoir accès aux traitements médicaux de base. Toutefois, ils craignent désormais que, en raison de la pénurie grandissante de professionnels de la santé, il leur sera de plus en plus difficile d'attirer dans leur collectivité les professionnels dont ils ont besoin. Quelques initiatives importantes tentent actuellement de pallier cette situation inquiétante. En effet, on prend des mesures pour recruter et retenir des professionnels de la santé dans les régions rurales, et on leur offre des primes pour les inciter à rester. On met également à l'essai dans certaines provinces des technologies de pointe, par exemple la télémédecine, qui ont le potentiel d'accroître l'accès à des services spécialisés qui resteraient, autrement, hors d'accès.

Parmi les méthodes envisagées pour réduire ces inégalités, mentionnons les suivantes :

- La mise sur pied de réseaux intégrés de soins conçus pour couvrir de vastes territoires;
- L'utilisation accrue de la télémédecine et de nouvelles technologies de l'information;
- La recherche d'un juste milieu entre le contrôle local et le contrôle centralisé de la prestation des services et de l'administration.

L'INNOVATION ET LA PRESTATION DES SOINS

Malgré les préoccupations souvent formulées au sujet du système de soins de santé, la majorité des Canadiens croient que leur système fonctionne. Bien que les reportages des médias, les lettres diffusées dans le courrier des lecteurs et les discussions entre voisins mettent l'accent sur ce qui va mal, la plupart du temps les choses vont bien pour la plupart des gens. Les Canadiens reçoivent des soins au moment où ils en ont besoin, leurs problèmes de santé sont diagnostiqués et soignés à temps et ils se rétablissent rapidement, sans conséquences fâcheuses.

En outre, des milliers de nouvelles démarches prometteuses sont mises à l'essai un peu partout au pays. La réforme des soins de santé primaires est l'une de ces innovations, et elle se répand rapidement. Grâce aux progrès réalisés en télémédecine, les chirurgiens et les spécialistes des grands centres urbains peuvent entrer en communication avec les médecins de famille des régions éloignées, ce qui leur permet de diagnostiquer et de soigner des maladies sans avoir à se déplacer. Graduellement, nous améliorons la capacité du régime d'assurance-santé d'offrir des soins de longue durée par l'entremise de nouveaux programmes de soins à domicile ou dans la collectivité, ce qui élimine la nécessité pour les malades de demeurer à l'hôpital ou de déménager dans des établissements de soins de longue durée. Chaque jour, on trouve de nouveaux traitements et de nouveaux médicaments qui viennent améliorer la santé des Canadiens et la qualité des soins qui leur sont offerts. Malheureusement, un grand nombre de ces innovations sont des projets isolés financés pour fin de démonstration et, par conséquent, elles sont entourées d'une grande incertitude, celle qui accompagne tout projet ne bénéficiant que d'un financement unique.

Dans toutes les provinces, des centaines de mesures innovatrices sont mises en place pour composer avec les problèmes de la qualité et de l'accès aux services de soins de santé. Les prochains paragraphes résument les tendances actuelles dans la prestation de ces services.

Approche axée sur les déterminants de la santé

Il y a de plus en plus d'indications selon lesquelles les facteurs comme le niveau d'éducation, le revenu, la pauvreté et l'exclusion sociale ont d'importantes répercussions sur la santé. En outre, les données toujours plus fiables sur la santé de la population nous permettent de cerner les segments de la population qui sont plus susceptibles d'éprouver un problème de santé précis. Ces deux innovations permettent aux décideurs de prendre des mesures ciblées et efficaces sur le plan social et de la santé. Par ailleurs, l'obtention de renseignements plus complets concernant les répercussions de ces facteurs généraux sur la santé des Canadiens provoque d'importants débats quant aux sommes qui doivent être investies afin d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé. Quelle proportion relative des investissements faits par les gouvernements dans la santé doit être axée sur la prévention des maladies et des accidents, la promotion des bonnes habitudes de vie, le traitement des maladies ou de « saines » politiques publiques afin de remédier aux inégalités sociales et économiques qui mènent à la mauvaise santé? Il est difficile pour les gouvernements de se pencher sur ces questions parce que l'escalade du coût des soins aigus de même que l'allongement des listes d'attente exercent sur eux de fortes pressions, les obligeant à investir davantage dans les soins aigus et moins dans la promotion de la santé et la prévention.

Soins à domicile

Les progrès dans la technologie médicale et dans la pharmacothérapie se traduisent souvent par le raccourcissement des séjours à l'hôpital et la possibilité de soigner davantage de problèmes de santé à la maison, ce qui représente une importante diminution des coûts pour le système de santé. À l'heure actuelle, il y a de grandes disparités dans la protection offerte par les régimes provinciaux sur le plan des soins à domicile, et, dans certaines collectivités, l'infrastructure de base pour la prestation de soins à domicile (les soins infirmiers, par exemple) est inégale ou inexistante. Ainsi, on demande de plus en plus aux deux niveaux de gouvernement de travailler de concert à l'élaboration d'une stratégie nationale de soins à domicile plus cohérente et uniforme, dont les éléments de base seraient financés par le régime d'assurance-santé. Les partisans d'une telle stratégie nationale sont d'avis que le recours accru aux traitements à domicile améliorerait la qualité des soins, réduirait la pression exercée sur les hôpitaux et engendrerait d'importantes économies.

Soins palliatifs

Tous les Canadiens ont le droit de recevoir des soins de qualité au terme de leur vie. Beaucoup croient qu'il faudrait faire davantage d'efforts afin de permettre aux malades en phase terminale de passer les derniers moments de leur vie à la maison, entourés de leurs proches. De nombreux projets pilotes communautaires des plus innovateurs sont mis en œuvre partout au pays afin d'atteindre cet objectif. Participent généralement à ces projets des professionnels de la santé qui travaillent avec les familles et le personnel soignant afin

de fournir les services nécessaires dans le milieu le plus approprié. Or, certaines personnes croient que le gouvernement fédéral devrait prendre l'initiative de travailler avec les provinces afin d'élaborer une stratégie nationale pour les soins au terme de la vie, comme il le fait pour les soins à domicile.

Prestation des services de santé dans les régions et les collectivités

À l'exception de l'Ontario, toutes les provinces ont adopté un système de prestation des services de santé régionalisé. La régionalisation vise à favoriser l'intégration d'une gamme de services de santé, à permettre une plus grande responsabilité relativement à la gestion financière au niveau de la collectivité et à encourager une participation locale accrue à la prise de décisions. Par ailleurs, de plus en plus de services sont offerts en milieu communautaire et non plus en milieu hospitalier, comme les services de santé mentale. Dans certaines collectivités, les cliniques communautaires de santé offrent une gamme complète de services, des soins d'urgence à l'immunisation, en passant par les services psychosociaux, les soins prénataux, la prévention et les activités de promotion.

Réforme des soins de santé primaires

Beaucoup croient que, pour disposer d'un système véritablement fondé sur la qualité, il faudrait axer la réforme des soins de santé sur les besoins de la collectivité. Comme il a été noté plus haut, les partisans d'une telle réforme réclament des changements fondamentaux dans l'organisation et la prestation des services de santé, dans l'objectif ultime d'intégrer tous les services de manière plus harmonieuse. Certains d'entre eux soutiennent que le système traditionnel de rémunération à l'acte est un concept dépassé qui n'incite pas à mettre l'accent sur le mieux-être des patients. Qui plus est, ce système mènerait souvent à des soins peu appropriés et plus dispendieux. D'autres souhaitent aussi que les patients aient la possibilité de s'inscrire à ce qui deviendra à la longue un réseau communautaire de services de santé, grâce auquel il sera possible d'avoir accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à toute une gamme de services médicaux et de spécialistes (médecins de famille, infirmières praticiennes et infirmières, aides à domicile, nutritionnistes, physiothérapeutes et autres professionnels de la santé). Les modèles et les approches possibles sont innombrables, mais la plupart ont un élément en commun, soit le fait que les gouvernements financeraient ces organisations en fonction d'une combinaison d'éléments, comme le nombre de patients inscrits, la population desservie et les résultats obtenus. En fait, bien que des mesures aient été prises dans toutes les provinces pour mettre en œuvre des projets pilotes sur les soins de santé primaires, bon nombre de personnes soutiennent que, parce que les soins de santé primaires sont le principal catalyseur du changement dans le système de santé, il est temps de cesser de discuter et de passer enfin à l'action.

LES RESSOURCES HUMAINES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Il y a à peine un an, un groupe pan-canadien d'organisations de recherche en santé a établi que les ressources humaines représentaient l'un des plus grands défis à relever dans les deux à cinq prochaines années. Le groupe a relevé de graves problèmes, comme la pénurie généralisée de professionnels de première ligne (médecins, personnel infirmier,

Mesures nouvelles visant à améliorer la qualité et à accroître l'accessibilité des services de santé

- **Administration** – Nouvelles manières de gérer les listes d'attente, cartes à puces et dossiers électroniques des patients, autres méthodes de payer les services du médecin;
- **Traitement** – Nouvelles pharmacothérapies, nouveaux régimes d'assurance-médicaments et nouveaux réseaux d'information pour les pharmacies, techniques et procédures chirurgicales moins effractives, tests de diagnostic nouveaux et plus efficaces;
- **Prestation** – Expansion des mesures en soins primaires, régionalisation, expansion des services de santé dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital, télésoins, recours accru aux infirmières praticiennes et élargissement de la gamme d'intervenants en matière de santé, expansion des services offerts à domicile, élargissement de la gamme des soins palliatifs et des services de relève pour les membres de la famille.

thérapeutes et techniciens), qui s'étend désormais bien au-delà des contextes locaux pour atteindre une dimension internationale. Le groupe a également noté que ces pénuries étaient particulièrement graves dans les zones rurales et les régions éloignées. Le moral des intervenants lui a aussi paru de plus en plus détérioré, notamment à cause de l'allongement du temps de travail, de conditions de travail plus stressantes et d'un sentiment d'exclusion apparu pendant les réformes des soins de santé dans les années 1990. Le groupe a finalement fait état de préoccupations liées au cadre de pratique (professionnels de la santé qui sont plus ou moins au diapason des besoins des patients et luttes internes de plus en plus fréquentes entre les diverses professions de la santé) et au maraudage que les autorités régionales et les provinces font auprès de professionnels de la santé de plus en plus rares.

Le groupe a proposé plusieurs moyens pour composer avec ces problèmes, notamment :

- Accorder davantage d'autonomie et un rôle élargi au personnel infirmier, aux psychologues, aux physiothérapeutes, aux orthophonistes et à d'autres membres des équipes de soins primaires dans la prestation des soins de santé;
- Diminuer l'instabilité des budgets annuels des soins de santé afin de mettre un terme à la politique de financement saccadé qui donne lieu à des années de restrictions et de mises à pied suivies d'années de dépenses et d'embauche;
- Favoriser une meilleure planification des ressources humaines en santé, à l'échelle nationale ou intergouvernementale, notamment en éducation et en formation, et coordonner davantage les prévisions à long terme;
- Accroître les incitatifs offerts aux professionnels de la santé afin qu'ils acceptent de travailler (et de vivre) plus longtemps dans les régions rurales et les régions éloignées du pays;
- Améliorer le moral en s'assurant que les professionnels de la santé participent pleinement à la conception et à la mise en œuvre des futures grandes réformes dans le domaine de la santé;
- Entreprendre l'intégration des programmes de formation des professionnels de la santé, ce qui pourrait comprendre la mise en commun de certains cours afin de favoriser la coopération et le respect mutuel entre les différents groupes de professionnels;

Mesures nouvelles visant à améliorer la qualité et à accroître l'accessibilité des services de santé

- **Administration** – Nouvelles manières de gérer les listes d'attente, cartes à puces et dossiers électroniques des patients, autres méthodes de payer les services du médecin;
- **Traitement** – Nouvelles pharmacothérapies, nouveaux régimes d'assurance-médicaments et nouveaux réseaux d'information pour les pharmacies, techniques et procédures chirurgicales moins effractives, tests de diagnostic nouveaux et plus efficaces;
- **Prestation** – Expansion des mesures en soins primaires, régionalisation, expansion des services de santé dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital, télésoins, recours accru aux infirmières praticiennes et élargissement de la gamme d'intervenants en matière de santé, expansion des services offerts à domicile, élargissement de la gamme des soins palliatifs et des services de relève pour les membres de la famille.

thérapeutes et techniciens), qui s'étend désormais bien au-delà des contextes locaux pour atteindre une dimension internationale. Le groupe a également noté que ces pénuries étaient particulièrement graves dans les zones rurales et les régions éloignées. Le moral des intervenants lui a aussi paru de plus en plus détérioré, notamment à cause de l'allongement du temps de travail, de conditions de travail plus stressantes et d'un sentiment d'exclusion apparu pendant les réformes des soins de santé dans les années 1990. Le groupe a finalement fait état de préoccupations liées au cadre de pratique (professionnels de la santé qui sont plus ou moins au diapason des besoins des patients et luttes internes de plus en plus fréquentes entre les diverses professions de la santé) et au maraudage que les autorités régionales et les provinces font auprès de professionnels de la santé de plus en plus rares.

Le groupe a proposé plusieurs moyens pour composer avec ces problèmes, notamment :

- Accorder davantage d'autonomie et un rôle élargi au personnel infirmier, aux psychologues, aux physiothérapeutes, aux orthophonistes et à d'autres membres des équipes de soins primaires dans la prestation des soins de santé;
- Diminuer l'instabilité des budgets annuels des soins de santé afin de mettre un terme à la politique de financement saccadé qui donne lieu à des années de restrictions et de mises à pied suivies d'années de dépenses et d'embauche;
- Favoriser une meilleure planification des ressources humaines en santé, à l'échelle nationale ou intergouvernementale, notamment en éducation et en formation, et coordonner davantage les prévisions à long terme;
- Accroître les incitatifs offerts aux professionnels de la santé afin qu'ils acceptent de travailler (et de vivre) plus longtemps dans les régions rurales et les régions éloignées du pays;
- Améliorer le moral en s'assurant que les professionnels de la santé participent pleinement à la conception et à la mise en œuvre des futures grandes réformes dans le domaine de la santé;
- Entreprendre l'intégration des programmes de formation des professionnels de la santé, ce qui pourrait comprendre la mise en commun de certains cours afin de favoriser la coopération et le respect mutuel entre les différents groupes de professionnels;

- À long terme, accroître le nombre de professionnels de la santé et changer les attitudes et les comportements.

La Commission a lancé un projet de recherche dans le but d'examiner certaines solutions novatrices aux problèmes des ressources humaines dans le domaine de la santé. Elle a également demandé à des spécialistes de réaliser des études sur certaines de ces questions. Ces travaux seront mis à la disposition du public par l'entremise du site Web de la Commission.

LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Les recherches se sont multipliées dans plusieurs domaines nouveaux, par exemple les cellules souches embryonnaires, le génome humain, les produits pharmaceutiques, les examens diagnostiques et les procédures thérapeutiques. On mise énormément sur les résultats de ces recherches pour guérir et prévenir les maladies, et améliorer la santé et la qualité de vie de tous les Canadiens. Le Canada peut se vanter d'avoir des chercheurs en santé hautement qualifiés, qui ont contribué pour beaucoup aux récentes percées réalisées dans le monde.

Le Canada a récemment augmenté ses investissements dans la recherche en santé et en médecine en mettant sur pied les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Conçus pour intégrer et coordonner la recherche en santé et la recherche en médecine, les IRSC ont regroupé trois organisations de financement de la recherche en un seul. Les IRSC offrent une occasion unique de tirer profit des forces existantes des chercheurs, d'améliorer la santé de la population et de conserver l'avantage concurrentiel du Canada dans une économie internationale axée sur le savoir.

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

Peu importe les changements que nous apportons au système canadien de soins de santé, ils devront refléter les principales préoccupations des Canadiens, soit la qualité et l'accès.

Voici quelques suggestions préliminaires :

- Nous devons nous engager de façon plus ferme en vue de fournir des services de santé de qualité, conformes aux besoins des usagers.
- Nous devons poursuivre nos efforts en recherche, un des signes distinctifs du système de soins de santé du Canada.
- Nous devons envisager de nouvelles approches et de nouveaux arrangements institutionnels afin d'établir des priorités communes en matière de santé, d'encourager l'innovation, de faciliter la diffusion de meilleures pratiques, de coordonner la recherche et de favoriser l'adoption de normes communes dans l'ensemble du système de soins de santé.
- Des mesures ont déjà été prises pour faire davantage connaître le système de soins de santé, mais il faut en faire plus pour trouver de l'information comparable et opportune sur les résultats pour la santé, pour faire des comparaisons et pour accroître la responsabilisation.

- Nous devons identifier et éliminer les obstacles qui empêchent d'étendre les mesures de renouvellement des soins primaires dans tout le pays.
- Nous devons trouver un équilibre plus juste entre le besoin de traiter les personnes malades ou blessées et l'importance à accorder aux déterminants de la santé, qui s'attaquent aux causes premières des problèmes de santé et permettent davantage d'améliorer la santé globale des Canadiens.
- Nous devons prendre des décisions quant au bien-fondé d'établir des orientations stratégiques nationales et d'étendre le financement public aux soins à domicile et aux soins palliatifs.
- Il faut investir davantage dans les activités de prévention et de promotion, notamment trouver des moyens d'encourager les gens à s'occuper davantage de leur propre santé.
- Nous devons élaborer des moyens plus cohérents pour composer avec la prise en charge des maladies chroniques.

DES QUESTIONS POUR LES CANADIENS

Dans notre recherche de solutions optimales pour améliorer la qualité et l'accès, je demanderais aux Canadiens de réfléchir aux questions suivantes :

- *Devrions-nous fixer des objectifs publics pour évaluer le rendement de notre système de soins de santé et devrions-nous mesurer les résultats en fonction de ces objectifs? Dans l'affirmative, comment ces objectifs seraient-ils fixés et par qui?*
- *Comment concilier des stratégies plus générales en matière de santé de la population et les besoins et les coûts de plus en plus importants des procédures et des soins médicaux?*
- *Est-il bon de donner aux Canadiens certaines garanties au sujet de la qualité des services de santé qu'ils reçoivent ou de la période d'attente à subir pour obtenir certains services de santé? Dans l'affirmative, quelle forme peut-on donner à ces garanties?*
- *Le régime d'assurance-santé peut-il absorber le coût des soins à domicile, de l'assurance-médicaments et des soins palliatifs? Peut-il se permettre de ne pas le faire?*
- *Comment devrions-nous régler le problème du manque de professionnels de la santé?*
- *Comment créer une culture d'innovation et d'amélioration continue des services?*
- *Que pouvons-nous faire pour favoriser un engagement plus ferme à l'égard des modèles de soins primaires et en élargir le champ de mise en œuvre?*

LEADERSHIP, COLLABORATION ET RESPONSABILITÉ

L'état du système de santé inquiète les Canadiens. Comme on l'a souligné dans le chapitre précédent, leurs inquiétudes portent surtout sur l'accès et la qualité. Ils veulent savoir qui est responsable du niveau, de la gamme, des délais de prestation et de la qualité des services de santé offerts dans leurs communautés. Ils s'attendent à ce que les deux niveaux de gouvernement qui sont responsables du système public de santé s'acquittent de leurs obligations de manière prévisible et continue. Ils s'attendent à ce que leurs gouvernements leur rendent des comptes à cet égard et que l'argent soit bien dépensé. En outre, ils veulent savoir qui prend les décisions et quels en sont les résultats.

LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS

Toute discussion sur les rôles et les responsabilités en matière de santé commence inévitablement par les gouvernements, les autorités régionales ou les conseils de santé, les médecins et le personnel infirmier. Toutefois, de nombreux Canadiens ont pris conscience qu'ils peuvent eux-mêmes jouer un rôle important dans le maintien ou l'amélioration de leur propre état de santé. Ils ont adopté un mode de vie plus actif et plus sain et ils ont commencé à prendre en main leur santé et celle de leur famille. Mais il existe encore d'importants obstacles économiques et sociaux qui empêchent certaines personnes d'emboîter le pas. Les sites Web sur la santé comptent parmi les plus achalandés au monde, mais l'accès à l'Internet est loin d'être universel, et les Canadiens plus pauvres et moins instruits ont rarement la chance de profiter de ces innovations importantes.

En ce qui concerne les rôles plus traditionnels des gouvernements, nous vivons dans un État fédéral où les pouvoirs et les responsabilités ont été fixés par une Constitution qui remonte aux années 1860. Les soins de santé définis aux termes de la Constitution relèvent surtout des provinces, tandis que le gouvernement fédéral est chargé de protéger la santé et d'offrir des services à des groupes particuliers tels que les Autochtones, ou plus récemment, d'interpréter la *Loi canadienne sur la santé* et de financer une partie des soins de santé. Les deux niveaux de gouvernement partagent les responsabilités liées à la promotion de la santé et à l'éducation en matière de santé.

Il faudra des concessions de la part du gouvernement fédéral et des provinces pour réussir à clarifier les rôles et les responsabilités de chacun et pour établir une collaboration plus solide. On retrouve de nombreux exemples de cas où la collaboration intergouvernementale a donné des résultats satisfaisants. Par exemple, les ministres et les sous-ministres fédéraux et provinciaux de la Santé se réunissent régulièrement afin d'échanger des idées et de convenir des grandes orientations stratégiques. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), financé par les deux niveaux de gouvernement, a pour mandat de rassembler et de diffuser l'information sur les soins de santé et les résultats ainsi que d'encourager l'adoption de normes communes en matière de données et d'information. Des accords de coopération sont en place pour l'examen des listes d'attente et pour l'échange d'information sur les personnes susceptibles de recevoir des greffes.

Le défi est le suivant : comment inscrire ces exemples de collaboration dans un cadre de travail global? Comment faire fi de nombreuses années de politiques partisanes et de disputes au profit de mécanismes réels et efficaces qui, tout en respectant les champs de compétence et les responsabilités, accordent la priorité aux intérêts fondamentaux du système de soins de santé? Les deux niveaux de gouvernement devront très bientôt se pencher sur ce défi. Très franchement, les Canadiens en ont assez des accusations de part et d'autre et des querelles au sujet des orientations fondamentales et du financement. Dans un accord conclu en septembre 2000 sur le financement des soins de santé, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont entendus sur une série de principes (voir l'encadré ci-après) régissant toute collaboration future. Ces principes sont louables, sans aucun doute, mais il reste à voir s'ils donneront lieu à une véritable collaboration intergouvernementale.

Principes convenus dans l'accord des premiers ministres de septembre 2000 sur la réforme de la santé au Canada

- Appuyer les principes d'universalité, d'accessibilité, d'intégralité, de transférabilité et d'administration publique pour les services médicaux et hospitaliers assurés;
- Continuer à renouveler les services de santé en collaborant avec les autres gouvernements, les communautés, les fournisseurs de services et les Canadiens et Canadiennes;
- Favoriser les services publics, les programmes et les politiques qui, au-delà des soins et des traitements, contribuent de manière essentielle à la santé et au mieux-être des Canadiens et Canadiennes;
- Continuer de tenir compte des priorités clés pour le renouvellement des soins de santé et soutenir les innovations afin de répondre aux besoins actuels et nouveaux des Canadiens et Canadiennes;
- Accroître le partage d'information sur les meilleures pratiques et ainsi contribuer à améliorer constamment la qualité et l'efficience de leurs services de santé;
- Faire rapport régulièrement aux Canadiens et Canadiennes sur leur état de santé, sur les résultats en matière de santé, sur le rendement des services de santé financés par les fonds publics et sur les mesures prises pour améliorer ces services;
- Travailler en collaboration avec les Autochtones, leurs organisations et les gouvernements afin d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Il faudra des concessions de la part du gouvernement fédéral et des provinces pour réussir à clarifier les rôles et les responsabilités de chacun et pour établir une collaboration plus solide. On retrouve de nombreux exemples de cas où la collaboration intergouvernementale a donné des résultats satisfaisants. Par exemple, les ministres et les sous-ministres fédéraux et provinciaux de la Santé se réunissent régulièrement afin d'échanger des idées et de convenir des grandes orientations stratégiques. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), financé par les deux niveaux de gouvernement, a pour mandat de rassembler et de diffuser l'information sur les soins de santé et les résultats ainsi que d'encourager l'adoption de normes communes en matière de données et d'information. Des accords de coopération sont en place pour l'examen des listes d'attente et pour l'échange d'information sur les personnes susceptibles de recevoir des greffes.

Le défi est le suivant : comment inscrire ces exemples de collaboration dans un cadre de travail global? Comment faire fi de nombreuses années de politiques partisanes et de disputes au profit de mécanismes réels et efficaces qui, tout en respectant les champs de compétence et les responsabilités, accordent la priorité aux intérêts fondamentaux du système de soins de santé? Les deux niveaux de gouvernement devront très bientôt se pencher sur ce défi. Très franchement, les Canadiens en ont assez des accusations de part et d'autre et des querelles au sujet des orientations fondamentales et du financement. Dans un accord conclu en septembre 2000 sur le financement des soins de santé, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont entendus sur une série de principes (voir l'encadré ci-après) régissant toute collaboration future. Ces principes sont louables, sans aucun doute, mais il reste à voir s'ils donneront lieu à une véritable collaboration intergouvernementale.

Principes convenus dans l'accord des premiers ministres de septembre 2000 sur la réforme de la santé au Canada

- Appuyer les principes d'universalité, d'accessibilité, d'intégralité, de transférabilité et d'administration publique pour les services médicaux et hospitaliers assurés;
- Continuer à renouveler les services de santé en collaborant avec les autres gouvernements, les communautés, les fournisseurs de services et les Canadiens et Canadiennes;
- Favoriser les services publics, les programmes et les politiques qui, au-delà des soins et des traitements, contribuent de manière essentielle à la santé et au mieux-être des Canadiens et Canadiennes;
- Continuer de tenir compte des priorités clés pour le renouvellement des soins de santé et soutenir les innovations afin de répondre aux besoins actuels et nouveaux des Canadiens et Canadiennes;
- Accroître le partage d'information sur les meilleures pratiques et ainsi contribuer à améliorer constamment la qualité et l'efficience de leurs services de santé;
- Faire rapport régulièrement aux Canadiens et Canadiennes sur leur état de santé, sur les résultats en matière de santé, sur le rendement des services de santé financés par les fonds publics et sur les mesures prises pour améliorer ces services;
- Travailler en collaboration avec les Autochtones, leurs organisations et les gouvernements afin d'améliorer leur santé et leur bien-être.

LA RESPONSABILITÉ DES SOINS DE SANTÉ DISPENSÉS AUX AUTOCHTONES

La responsabilité de l'état de santé des Autochtones et des programmes de santé qui leur sont destinés est un autre défi à surmonter. Cette question est entourée de nombreuses incertitudes qui ont de graves conséquences pour la santé des Autochtones et les services de santé qui leur sont offerts.

La Commission royale sur les peuples autochtones a conclu qu'il fallait absolument confier aux Autochtones le contrôle des services sociaux et des services de santé qui leur sont destinés si l'on veut en améliorer la qualité et l'accessibilité et veiller à ce que les programmes de santé répondent à leurs besoins très souvent uniques. Depuis 20 ans, on assiste au transfert graduel du contrôle des services de santé des mains du gouvernement fédéral à celles des responsables politiques autochtones. Cependant, il est difficile de déterminer quels groupes autochtones ont droit aux divers programmes et services de soins de santé financés par le gouvernement fédéral. Par conséquent, de nombreux Autochtones doivent compter sur les programmes de santé provinciaux qui sont conçus pour satisfaire aux besoins de la population générale et qui ne tiennent pas toujours compte de leurs besoins particuliers.

Les Autochtones ont toujours eu une vision plus intégrée et plus globale de la santé que ne le prévoit le système actuel, dont la vision, plus étroite, est encore axée sur les services de santé dispensés par les médecins et les hôpitaux. Depuis quelques décennies, toutefois, les gouvernements provinciaux et territoriaux se dirigent vers une approche plus intégrée, donc plus fidèle à la perspective traditionnelle des Autochtones face aux soins de santé. On assiste donc à une intégration progressive des services de santé offerts aux Autochtones dans les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux ainsi qu'à la création de programmes réservés aux Autochtones. Par contre, les organisations autochtones et les gouvernements provinciaux et territoriaux précisent que le fait pour les Autochtones d'exercer un plus grand contrôle sur la prestation des services de santé ne doit pas se traduire par une diminution des responsabilités assumées par le gouvernement fédéral.

LES ESPOIRS ET LES DANGERS DE LA MONDIALISATION

Le monde se fait de plus en plus petit : les décisions prises dans une partie du globe ont un effet sur notre façon de planifier, d'organiser et de dispenser les services de santé au Canada. C'est pourquoi il est essentiel que nous comprenions les difficultés de la mondialisation. Nous devons certes protéger notre souveraineté et nos valeurs, mais nous devons également saisir toutes les possibilités qu'offre la mondialisation.

D'une part, il y a les gens qui estiment que la mondialisation risque d'imposer des contraintes au système de soins de santé au Canada. Ils prétendent que les interprétations ou les différends liés à des accords commerciaux internationaux comme l'Accord de libre-échange nord-américain pourraient empiéter sur notre capacité de protéger les services de santé publics et d'établir nos propres politiques. Ils ajoutent que les accords commerciaux pourraient menacer notre capacité de recommander des changements au régime actuel ou de mettre en œuvre des réformes. Cette menace vise surtout les nouveaux services susceptibles

d'être couverts par le régime d'assurance-santé, comme l'assurance-médicaments, ou encore les services de santé présentement dispensés par des fournisseurs privés. En outre, de plus en plus de personnes craignent que des sociétés et des organisations multinationales comme l'Organisation mondiale du commerce s'ingèrent de plus en plus dans l'élaboration des politiques de santé à l'échelle mondiale.

Il est évident que la mondialisation limite notre capacité d'attirer et de garder des professionnels de la santé et du personnel soignant qualifiés. Le Canada et d'autres pays du monde entier font face à de très graves pénuries de personnel dans certains secteurs des soins de santé. Or, la mobilité internationale permet à ces professionnels d'aller où ils veulent, à condition de respecter les exigences en matière de certification. Par contre, la mobilité des professionnels de la santé d'autres pays fait craindre que le Canada ne vienne recruter les meilleurs professionnels issus de pays sous-développés.

D'autre part, la mondialisation représente une occasion en or pour le Canada d'apprendre des choses nouvelles d'autres pays et de tirer parti des plus récents traitements mis au point ailleurs. Qui plus est, elle lui permet d'exporter ailleurs l'expertise considérable qu'il détient dans le secteur de la santé. Le marché mondial des produits et des services de santé est évalué à plus de 2 billions de dollars par année; or, la part actuelle des fournisseurs canadiens dépasse à peine 2 %. Les spécialistes canadiens de nombreux domaines de la santé pourraient profiter grandement de la multiplication des possibilités offertes par la mondialisation. Les universités, hôpitaux et établissements de recherche du Canada, ainsi que les professionnels hautement qualifiés dans les domaines de la recherche et de la médecine, ont la possibilité de jouer un rôle prépondérant dans des découvertes révolutionnaires et de faire connaître leurs succès à leurs homologues partout dans le monde.

LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

Si les gouvernements cherchent par divers moyens à mettre un terme au fractionnement du système canadien de soins de santé, les professionnels de la santé ont eux aussi commencé à rassembler les pièces du casse-tête. Ce rôle n'est toutefois pas suffisamment reconnu, et la plupart des intervenants s'entendent pour dire qu'il reste encore beaucoup à faire.

L'éducation, la réglementation et les pratiques des professionnels de la santé représentent sans contredit la force qui unit tous les secteurs des soins de santé au Canada aujourd'hui. Médecins, personnel infirmier, pharmaciens et de nombreux autres groupes professionnels se sont dotés de solides structures nationales afin de normaliser les pratiques, de faire connaître les pratiques exemplaires et de présenter des innovations. Certains ont même des capacités de recherche indépendantes et contribuent volontiers aux discussions sur les politiques nationales.

Quant au degré de collaboration *entre* les organisations professionnelles nationales, on pourrait étendre les efforts actuels afin que les politiques proposées allient davantage les intérêts et les points de vue d'une multitude de groupes de professionnels de la santé. En outre, malgré l'influence que certaines organisations professionnelles nationales exercent sur les politiques, il n'existe aucun rapport permanent ou officiel avec les gouvernements. Les contacts avec ces derniers sont le plus souvent ponctuels, dictés par la crise du jour plutôt que par le souci de discuter des enjeux à long terme.

Certains spécialistes ont proposé la création de conseils consultatifs externes afin d'améliorer la collaboration entre les diverses organisations de fournisseurs, et entre ceux-ci et les gouvernements. Parmi les propositions les plus structurées figure celle d'un *Conseil canadien de la santé*, qui regrouperait les dirigeants des organisations professionnelles, les leaders politiques, les principaux experts en matière de politiques de la santé, les défenseurs des intérêts des patients et les représentants des citoyens. Le Conseil aurait pour mandat de favoriser le dialogue et la discussion et de soumettre des recommandations aux gouvernements sur les grandes questions des soins de santé.

Une autre possibilité serait de créer un *Conseil canadien de la qualité*, qui aurait pour but d'évaluer tout progrès dans l'amélioration de la qualité des soins de santé et de recommander aux gouvernements les mesures à prendre pour obtenir de meilleurs résultats pour la santé. Le Conseil regrouperait un nombre restreint de professionnels, de décideurs, de membres du public et d'experts en matière de qualité d'autres domaines. Il serait perçu par le public comme un organisme indépendant et crédible.

Ces idées sont toutes valables. Toutefois, il convient de rappeler que les conseils consultatifs permanents n'ont pas toujours connu que des succès au Canada. S'il est vrai qu'ils sont une source permanente de conseils pour les gouvernements, ces organismes consultatifs peuvent aussi forger des relations un peu trop étroites avec les joueurs clés, ce qui fait que leurs recommandations mettent rarement le statu quo en doute.

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

Les décisions prises quant à savoir qui dirige notre système de soins de santé, sur quoi ces dirigeants basent leurs décisions et quelles responsabilités ils assument ont une importance fondamentale pour l'avenir du système. En ce moment, il y a trop d'intervenants aux intérêts variés, ce qui porte à confusion; il n'y a pas assez de directives claires et d'obligation de rendre compte, et les relations entre les intervenants clés sont marquées davantage par la tension que par la collaboration.

Voici quelques suggestions préliminaires :

- Il faut des approches axées davantage sur la collaboration pour l'administration des soins de santé. Trop souvent, le système actuel se bute à des tensions croissantes entre les provinces et le gouvernement du Canada, qui s'intéressent davantage aux sphères de compétence et aux pouvoirs qu'aux meilleures mesures à prendre pour assurer l'avenir du système de soins de santé. Il en résulte qu'un trop grand nombre de Canadiens ne croient plus que nous avons une orientation claire pour notre système de soins de santé et que les décisions prises seront les bonnes.
- Pour nouer de nouveaux rapports, les gouvernements devraient peut-être renoncer à leurs points de vue traditionnels et s'appliquer à servir les intérêts fondamentaux du système de soins de santé dans son ensemble; ils devront créer de nouveaux liens et établir de nouveaux processus afin d'atteindre les buts essentiels.
- Bien que les questions visant à déterminer à qui revient la responsabilité des services de santé aux Autochtones du Canada soient certainement très complexes et qu'elles découlent de diverses interprétations des lois, des traités

et de la Constitution, notre incapacité collective de régler ces questions met en péril leur état de santé.

- La mondialisation et la libéralisation du commerce présentent à la fois des possibilités et des obstacles. Les possibilités d'y trouver des bénéfices sont indéniables, mais notre capacité de proposer des réformes et des innovations pour le système de soins de santé pourrait être réduite par certaines dispositions des accords commerciaux internationaux.
- Le Canada ne manque pas d'associations ou d'organisations regroupant les professionnels de la santé, mais celles-ci ne collaborent pas suffisamment entre elles. En outre, ces groupes devraient établir des liens directs avec les gouvernements, afin de se concentrer sur l'élaboration du système de soins de santé de demain, plutôt que de se contenter de gérer les crises au jour le jour.

DES QUESTIONS POUR LES CANADIENS

Je demande aux Canadiens de réfléchir aux questions suivantes lorsqu'ils tenteront de déterminer des façons nouvelles et plus coopératives de gérer le système de soins de santé du Canada :

- *Comment concilier la collaboration et les normes nationales, d'une part, et l'autonomie et le droit d'expérimenter des provinces, d'autre part?*
- *Y a-t-il de meilleures façons de répartir les responsabilités entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux? Dans l'affirmative, quelles sont-elles?*
- *Comment pouvons-nous nous assurer de profiter au maximum des possibilités tout en limitant au minimum les contraintes imposées par les accords commerciaux internationaux et une économie de plus en plus « mondiale »?*
- *Que pouvons-nous faire pour que les Autochtones aient accès à des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins particuliers?*
- *Quel rôle les organisations professionnelles devraient-elles jouer pour redonner vie aux soins de santé offerts aux Canadiens aujourd'hui et à l'avenir?*

CONSULTATION DES CANADIENS

Les premières parties du présent rapport ont un but important, soit d'établir les assises d'un dialogue approfondi avec les Canadiens, de présenter quelques idées et observations préliminaires et de vous amener à réfléchir sur les mesures à prendre à partir de maintenant.

Dès le début de mon mandat, j'ai précisé très clairement que les recommandations définitives mises en avant par la Commission que je préside seraient fondées sur quatre éléments : l'information la plus exacte possible, l'avis de spécialistes compétents, les conseils des personnes chargées d'administrer et de dispenser les soins de santé, et – dernier élément mais non le moindre –, le jugement de la population canadienne. C'est encore l'approche que je préconise aujourd'hui.

Je suis persuadé que l'avenir de notre système de santé ne repose pas sur une « solution magique ». Il faut plutôt déterminer dans quelle mesure le système peut s'adapter aux valeurs, aux besoins et aux intérêts changeants des Canadiens. Je ne pense pas qu'il soit possible de faire de réels progrès vers l'amélioration du système de soins de santé du Canada ou de le rendre plus viable pour l'avenir, sans un véritable consensus sur les changements à y apporter. Les problèmes sont extrêmement complexes et litigieux, et il semble parfois presque impossible que les parties s'entendent ne serait-ce que sur les faits les plus élémentaires. Vu ces circonstances, il est extrêmement difficile d'avancer dans le dossier et encore plus compliqué de maintenir des échanges polis. Mais je demeure convaincu que les Canadiens ont la capacité et la volonté nécessaires pour faire face aux choix difficiles qui pourraient s'imposer.

Ceci étant dit, je vois trois grands défis à surmonter en ce début des consultations auprès des Canadiens.

PREMIER DÉFI : COMPRENDRE LES VALEURS DES CANADIENS

La façon dont les Canadiens perçoivent le système public de santé s'explique par leur choix de valeurs, un choix que je dois comprendre. La plupart des gens sont parfaitement capables d'indiquer les éléments du système qui leur paraissent particulièrement importants. Nous savons également que bon nombre d'entre eux sont profondément inquiets, par exemple, de l'engorgement des salles d'urgence, des longues listes d'attente ou de la pénurie de professionnels de la santé. Mais nous ne savons pas très bien quels sont les compromis que les Canadiens sont prêts à faire pour conserver ou améliorer les aspects du régime auxquels ils tiennent.

DEUXIÈME DÉFI : PROMOUVOIR UNE PLUS GRANDE COMPRÉHENSION DU SYSTÈME DE SANTÉ

La Commission doit faire en sorte que les Canadiens comprennent mieux les défis auxquels fait face le système public de santé, de même que les choix qui s'imposent et les options qui s'offrent pour en venir à bout. Avant d'engager les Canadiens dans un dialogue national sur l'avenir de leur système de santé, nous lancerons une campagne de sensibilisation du public, qui sera brève mais multidimensionnelle, afin de mieux cerner les enjeux clés et d'examiner les options possibles.

TROISIÈME DÉFI : FAIRE PARTICIPER LE PUBLIC

Je suis résolu à engager les Canadiens dans ce débat et à leur offrir plusieurs façons de participer, de façon significative et productive, au choix de l'orientation future du régime public de soins de santé.

Afin de relever ces trois défis, nous avons formulé la stratégie suivante :

- Permettre aux Canadiens de comprendre les enjeux et de participer au débat;
- Rendre le processus pertinent et accessible à tous les Canadiens;
- Solliciter directement les groupes d'intervenants et d'experts afin qu'ils participent à l'identification des problèmes et à la définition de solutions réalistes;
- Tenir compte des conclusions d'autres consultations présentement en cours ou qui ont récemment eu lieu dans l'ensemble du pays;
- Trouver le juste équilibre entre une vision à long terme basée sur les valeurs des Canadiens et des solutions pratiques à des questions urgentes.

La stratégie énoncée à l'annexe C prévoit amplement d'occasions pour les Canadiens de participer au genre de débat dont nous avons désespérément besoin, un débat qui permettra d'étaler au grand jour les idées et les questions à aborder, de cerner les aspects où il y a consensus, de regarder bien en face les choix que nous devons faire, et de décider – ensemble – du genre de système de soins de santé que nous voulons pour l'avenir.

CONCLUSION

Au cours des sept derniers mois, ma curiosité et mon sens critique ont été tenus en éveil. Pour en apprendre le plus possible sur l'état actuel du système de soins de santé au Canada, j'ai écouté attentivement les idées et les opinions d'une multitude de Canadiens : spécialistes réputés, ministres de la santé, responsables régionaux, médecins et infirmières de première ligne, citoyens de partout au pays. Je me suis en outre efforcé de mieux saisir les causes des nombreux problèmes qui se posent à nous aujourd'hui, en laissant de côté toute idée préconçue et en tentant de convaincre tous ceux qui se sont engagés dans le processus d'en faire autant, et d'explorer les diverses options qui s'offrent à nous.

La toile de fond est dressée, tout est maintenant prêt pour amorcer un processus de consultation qui nous mènera aux quatre coins du pays. Nous avons tout intérêt, selon moi, à trouver un moyen d'associer plus étroitement ces éléments disparates que sont la prévention de la maladie, la promotion de la santé et la prestation des soins en un système qui soit plus cohérent et mieux intégré. À la fin de l'exercice devrait apparaître un régime d'assurance-santé revitalisé et parfaitement adapté aux besoins du XXI^{e} siècle. Les Canadiens d'aujourd'hui et des générations à venir ne méritent certainement rien de moins.

ANNEXES

LE POINT SUR L'ENQUÊTE DE LA COMMISSION

Les travaux de la Commission comportent deux grands volets : la quête d'information effectuée entre mai et décembre 2001, et les consultations publiques, qui ont commencé en janvier 2002. Pendant la première étape, le commissaire et le personnel de la Commission ont :

- examiné de nombreux documents sur les questions de santé et de soins de santé, au Canada et à l'étranger;
- examiné les rapports des enquêtes provinciales, fédérales et pan-canadiennes précédentes portant sur les questions relatives au système de soins de santé;
- noué des rapports officiels avec les bureaux de chaque premier ministre provincial à travers le pays afin d'échanger régulièrement de l'information;
- rencontré officiellement les leaders de chaque province et territoire ou discuté avec eux;
- rencontré officiellement de nombreux experts et groupes d'intervenants ou discuté avec eux;
- visité des installations partout au pays.

La présente annexe résume les travaux du Commissaire et du personnel pendant la première étape de son enquête.

RELATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

La Commission a un rôle important, celui de veiller à ce que les gouvernements provinciaux et territoriaux soient informés et participent à l'enquête et au processus de consultation. Le Commissaire a discuté avec chaque leader provincial et territorial lors de téléconférences ou de réunions. Ses principaux collaborateurs entretiennent des relations continues avec les agents de liaison des gouvernements provinciaux et territoriaux nommés par les bureaux des premiers ministres respectifs.

VISITES D'ÉTABLISSEMENTS

Pendant l'étape de la quête d'information, le commissaire a visité différents établissements de soins de santé, depuis des organismes de recherche et de planification jusqu'à des centres de soins primaires, en passant par des centres offrant des soins tertiaires

de haute technologie et des centres multidisciplinaires en sciences de la santé. Ces visites ont donné à la Commission un bon aperçu du mode d'organisation et de prestation des soins, ainsi que des défis auxquels sont confrontés les organismes de santé.

Les centres suivants ont fait l'objet de visites (de mai à novembre 2001)

- South Riverdale Community Health Centre, Toronto, Ontario (8 mai)
- Cardiac Care Network of Ontario, Toronto, Ontario (8 mai)
- Group Health Centre, Sault Ste. Marie, Ontario (9 mai)
- Centre de santé communautaire Évangéline, Wellington, Île-du-Prince-Édouard (5 juin)
- Telemedicine Centre, complexe des sciences de la santé, Université Memorial, St. John's, Terre-Neuve (6 juin)
- GÉNOME Atlantique, Halifax, Nouvelle-Écosse (8 juin)
- Programmes de santé des Premières nations, Whitehorse, Yukon (12 juillet)
- Hôpital général de Whitehorse, Whitehorse, Yukon (12 juillet)
- Mid-Main Community Health Centre, Vancouver, Colombie-Britannique (13 juillet)
- CLSC Suzor Côté, Victoriaville, Québec (14 août)
- Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, Winnipeg, Manitoba (17 septembre)
- University Health Network, Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario (27 septembre)
- London Health Sciences Centre, London, Ontario (28 septembre)
- Cambie Surgical Centre, Vancouver, Colombie-Britannique (24 octobre)
- Hôpital européen Georges Pompidou, Paris, France (28 novembre)
- Clinique communautaire Liljeholmens, Stockholm, Suède (30 novembre)
- Hôpital St. Göran's, Stockholm, Suède (30 novembre)

INTERVENANTS

La Commission a tenté de consulter autant d'intervenants que possible (consommateurs, professionnels de la santé, industrie, syndicats et groupes de revendication) au cours de sa quête d'information. De façon à connaître dès le début l'ensemble des problèmes et des préoccupations dans le domaine de la santé, la Commission a demandé à un groupe représentatif composé d'intervenants de lui faire part de son point de vue. Les critères de présentation et les méthodes de consultation des intervenants ont été précisés en fonction des suggestions initiales d'un comité consultatif que le commissaire a rencontré en juin 2001. En septembre, lorsque la Commission a officiellement lancé son site Web, elle a aussi demandé aux intervenants et au public d'exprimer leurs commentaires.

Du 18 au 22 juin 2001, le commissaire a rencontré les groupes d'intervenants suivants :

- Association canadienne de santé publique
- Association canadienne de soins et services à domicile
- Association canadienne des soins de santé
- Association canadienne des soins palliatifs
- Association canadienne pour la santé mentale
- Association des facultés de médecine du Canada

- Association des infirmières et des infirmiers du Canada
- Association des pharmaciens du Canada
- Association médicale canadienne
- Collège canadien des directeurs de services de santé
- Collège des médecins de famille du Canada
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Regroupement des organisations nationales bénévoles

Le personnel de direction de la Commission a rencontré les groupes suivants :

- Association canadienne des optométristes
- Association canadienne des psychologues
- BC Health Association
- Institut canadien d'information sur la santé

De plus, le commissaire s'est exprimé publiquement devant un certain nombre d'intervenants et d'autres groupes partout au pays et à l'étranger, notamment :

- Fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et d'infirmières (1er juin, Edmonton, Alberta)
- Institut de recherche en politiques publiques (11 juin, Montréal, Québec)
- Association médicale canadienne (14 août, Québec, Québec)
- Chambre de commerce du Canada (17 septembre, Winnipeg, Manitoba)
- London Health Sciences Centre (28 septembre, London, Ontario)
- Ditchley Foundation (28 septembre, Cambridge, Ontario)
- National Association of Canadian Clubs (29 septembre, Saskatoon, Saskatchewan)
- Université Queen's (12 octobre, Kingston, Ontario)
- Conference Board of Canada (18 octobre, Ottawa, Ontario)
- Université Carleton (18 octobre, Ottawa, Ontario)
- Conseil canadien des chefs d'entreprise (19 octobre, Toronto, Ontario)
- Association canadienne de santé publique (23 octobre, Saskatoon, Saskatchewan)
- Collège des médecins de famille du Canada (25 octobre, Vancouver, Colombie-Britannique)
- Conférence nationale sur la recherche et les politiques en matière de santé (5 novembre, Saskatoon, Saskatchewan)
- Conférence de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (6 novembre, Ottawa, Ontario)
- Faculté des sciences appliquées de la santé, Université de Waterloo (20 novembre, Waterloo, Ontario)
- Fondation Frosst pour les soins de santé (21 novembre, Toronto, Ontario)
- Corpus Christi College, Oxford University (26 novembre, Oxford, Royaume-Uni)

AUTRES PERSONNES ET ORGANISATIONS CONTACTÉES

En plus des réunions et des visites énumérées ci-dessus, le commissaire a rencontré un grand nombre d'experts indépendants et d'éminents Canadiens. La liste qui suit énumère le nom de certaines des personnes que le commissaire a rencontrées jusqu'au 30 novembre 2001. Elle ne contient pas nécessairement le nom des personnes qui ont participé aux tables rondes et aux études.

- Julia Abelson, Université McMaster (Hamilton, Ontario)
- Lucien Abenhaïm, ministère délégué à la Santé (Paris, France)
- Taylor Alexander, Association canadienne de soins et services communautaires (Ottawa, Ontario)
- Keith Banting, Université Queen's (Kingston, Ontario)
- Ruth Barrington, Health Research Board (Dublin, Irlande)
- Monique Bégin, Université d'Ottawa (Ottawa, Ontario)
- Louis Bélanger, Université Laval (Québec, Québec)
- Howard Bergman, Université McGill (Montréal, Québec)
- Alan Bernstein, Instituts de recherche en santé du Canada (Ottawa, Ontario)
- Nick Black, London School of Hygiene & Tropical Medicine (Londres, Royaume-Uni)
- Allan Blakeney, ancien premier ministre de la Saskatchewan (Saskatoon, Saskatchewan)
- Lucie Bonin, CLSC Suzor Côté (Victoriaville, Québec)
- Paul Boothe, Université de l'Alberta (Edmonton, Alberta)
- Virginia Bottomley, députée (South West Surrey, Royaume-Uni)
- David Butler-Jones, Association canadienne de santé publique (Ottawa, Ontario)
- David Cameron, Université de Toronto (Toronto, Ontario)
- Amit Chakma, Université de Waterloo (Waterloo, Ontario)
- François Champagne, Université de Montréal (Montréal, Québec)
- Éric Chevallier, cabinet du ministre délégué à la Santé (Paris, France)
- Jakob Kjellberg Christensen, institut danois de recherche sur les services de santé (Copenhague, Danemark)
- Michel Clair, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Québec, Québec)
- Carmen Connelly, Initiative sur la santé de la population canadienne (Ottawa, Ontario)
- André-Pierre Contandriopoulos, Université de Montréal (Montréal, Québec)
- Agnès Couffinhal, CREDES (Paris, France)
- Thomas J. Courchene, Université Queen's (Kingston, Ontario)
- Steve Davies, University of Wales (Cardiff, Pays de Galles)
- Michael B. Decter, Institut canadien d'information sur la santé (Ottawa, Ontario)
- Jean-Louis Denis, Université de Montréal (Montréal, Québec)
- Steve Dewar, King's Fund (Londres, Royaume-Uni)
- Janet Dunbrack, Fondation Frosst pour les soins de santé (Montréal, Québec)

- Pierre J. Durand, Université Laval (Québec, Québec)
- Janice Elliott, Forum des politiques publiques (Ottawa, Ontario)
- John Evans, Université de Toronto (Toronto, Ontario)
- Robert G. Evans, Université de la Colombie-Britannique (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Colin Feek, ministère de la Santé (Wellington, Nouvelle-Zélande)
- Stefan Felder, Université de Magdeburg (Magdeburg, Allemagne)
- Gary Filmon, Exchange Consulting Group (Winnipeg, Manitoba)
- Colleen Flood, Université de Toronto (Toronto, Ontario)
- Michael Fox, Foundation for Integrated Medicine (Londres, Royaume-Uni)
- John Frank, Instituts de recherche en santé du Canada (Ottawa, Ontario)
- Declan Gaffney, Greater London Authority (Londres, Royaume-Uni)
- Livio Garattini, Institut Mario Negri (Milan, Italie)
- Don Guy, Pollara Research (Ottawa, Ontario)
- Chris Ham, University of Birmingham (Birmingham, Royaume-Uni)
- Phil Hassen, Conseil de la santé de Vancouver/Richmond (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Al Hatton, Regroupement des organisations nationales bénévoles (Ottawa, Ontario)
- Lord Hunt of Kingsheath OBE, ministère de la Santé (Londres, Royaume-Uni)
- Jeremy Hurst, OCDE (Paris, France)
- Naoki Ikegami, Université Keio (Tokyo, Japon)
- Martha Jackman, Université d'Ottawa (Ottawa, Ontario)
- Stéphane Jacobzone, OCDE (Paris, France)
- Marc Jegers, Université libre de Bruxelles (Bruxelles, Belgique)
- Al Johnson, ancien haut fonctionnaire (Ottawa, Ontario)
- Donald Johnston, OCDE (Ottawa, Ontario)
- Tom Kent, Université Queen's (Kingston, Ontario)
- Michael Kirby, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Ottawa, Ontario)
- Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé (Paris, France)
- Arthur Kroeger, Université Carleton (Ottawa, Ontario)
- Robert Lacroix, Université de Montréal (Montréal, Québec)
- Paul A. Lamarche, Université de Montréal (Montréal, Québec)
- Harvey Lazar, Université Queen's (Kingston, Ontario)
- Pascale Lehoux, Université de Montréal (Montréal, Québec)
- Kimmo Leppo, ministère de la Santé et des Affaires sociales (Helsinki, Finlande)
- Richard Lessard, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (Montréal, Québec)
- Émile Levy, Collège des économistes de la santé (Paris, France)
- Jonathan Lomas, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (Ottawa, Ontario)
- Guillem López i Casasnovas, Universitat Pompeu Fabra (Barcelone, Espagne)

- Judith Maxwell, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (Ottawa, Ontario)
- Donald F. Mazankowski, Conseil consultatif du premier ministre sur la santé (Edmonton, Alberta)
- Michael Mendelson, Caledon Institute of Social Policy (Ottawa, Ontario)
- Lillian Morgenthau, Association canadienne des individus retraités (Toronto, Ontario)
- Yves Morin, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Ottawa, Ontario)
- Michaela Moritz, Osterreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Wein-Stubenring, Autriche)
- David Naylor, Université de Toronto (Toronto, Ontario)
- Raymond Netzell, clinique communautaire Liljeholmens (Stockholm, Suède)
- Louis Omnès, Hôpital européen Georges Pompidou (Paris, France)
- Stephen Page, Nestor Healthcare Group (Hatfield, Royaume-Uni)
- Pierre Paquette, MediResource (Saint-Lazare, Québec)
- Karen Parent, Université Queen's (Kingston, Ontario)
- Valérie Paris, CREDES (Paris, France)
- Ulf Persson, Université de Lund (Lund, Suède)
- Eduardo Gonzalez Pier, Secretaria de Salud (Colonia Juarez, Mexique)
- Andrew Podger, Department of Health and Aged Care (Canberra, Australie)
- Gérard de Pouvourville, Collège des économistes de la santé (Paris, France)
- Marie-Claude Prémont, Université McGill (Montréal, Québec)
- Carol Propper, University of Bristol (Bristol, Royaume-Uni)
- Noralou Roos, Université du Manitoba (Winnipeg, Manitoba)
- Pär Axel Sahlberg, ministère de la Santé et des Affaires sociales (Stockholm, Suède)
- Mike Sharratt, Université de Waterloo (Waterloo, Ontario)
- Duncan Sinclair, Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (Kingston, Ontario)
- Kerstin Sjöberg, fédération des conseils de comtés de la Suède (Stockholm, Suède)
- Mikael Sjöberg, ministère de la Santé et des Affaires sociales (Stockholm, Suède)
- Clive Smee, ministère de la Santé (Londres, Royaume-Uni)
- Frank Sobey, Dalhousie Medical Research Foundation (Halifax, Nouvelle-Écosse)
- Société canadienne du sang, Ottawa, Ontario (Gary Chatfield, Watson Gale, Graham Sher, Verna Skanes)
- Simon Stevens, bureau du premier ministre (Londres, Royaume-Uni)
- Greg Stoddart, Université McMaster (Hamilton, Ontario)
- Åke Strandberg, hôpital St. Göran's (Stockholm, Suède)
- Jon Sussex, Office of Health Economics (Londres, Royaume-Uni)
- Arthur Sweetman, Université Queen's (Kingston, Ontario)
- André Tourigny, Université Laval (Québec, Québec)

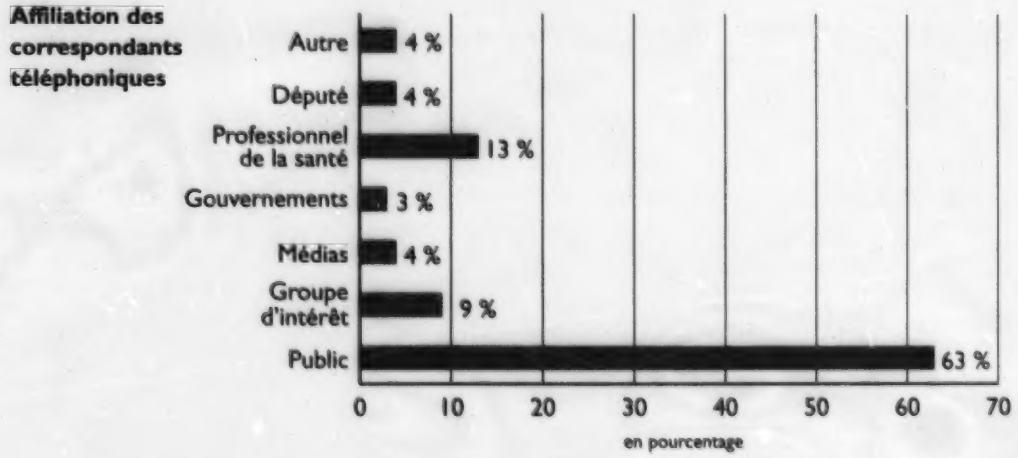
- Carolyn Tuohy, Université de Toronto (Toronto, Ontario)
- Philippe Ulmann, Collège des économistes de la santé (Paris, France)
- Membres du conseil d'administration du University Health Network (Toronto, Ontario) (Carl Cardella, Amy Go, Laurie S. Hicks, Donald Lenz, John A. MacNaughton, Eileen A. Mercier, Philip S. Orsino, Bob Rae, Terrence J. Sullivan)
- Eddy van Doorslaer, Université Erasmus (Rotterdam, Pays-Bas)
- Charles Webster, Oxford University (Oxford, Royaume-Uni)
- Michael Wilson, Conseil canadien des sociétés publiques-privées (Toronto, Ontario)
- C. Ruth Wilson, Université Queen's (Kingston, Ontario)
- Felicia Knaul Windish, Fundacion Mexicana para la Salud (Colonia Arenal Tepepan, Mexique)

PUBLIC CANADIEN

La Commission souhaite veiller à ce que les Canadiens puissent communiquer avec elle par l'entremise du plus grand nombre de moyens possible. Le courrier électronique à partir du site Web (www.commissionsoinsdesante.ca) constitue l'un de ces moyens.

Au début, les messages électroniques provenaient de Canadiens qui souhaitaient obtenir des renseignements sur le mandat de la Commission et obtenir un emploi auprès de la Commission. Il semble maintenant que les correspondants veulent savoir comment envoyer des présentations écrites et participer aux consultations publiques.

Les Canadiens ont aussi appelé au numéro sans frais de la Commission. De mai à novembre 2001, 30 % des demandeurs souhaitaient se renseigner sur la façon d'envoyer des commentaires à la Commission. La plupart de ces demandeurs ont été renvoyés aux lignes directrices sur les présentations qui sont affichées sur le site Web de la Commission. Le graphique qui suit indique la répartition des appels selon l'affiliation des personnes concernées.



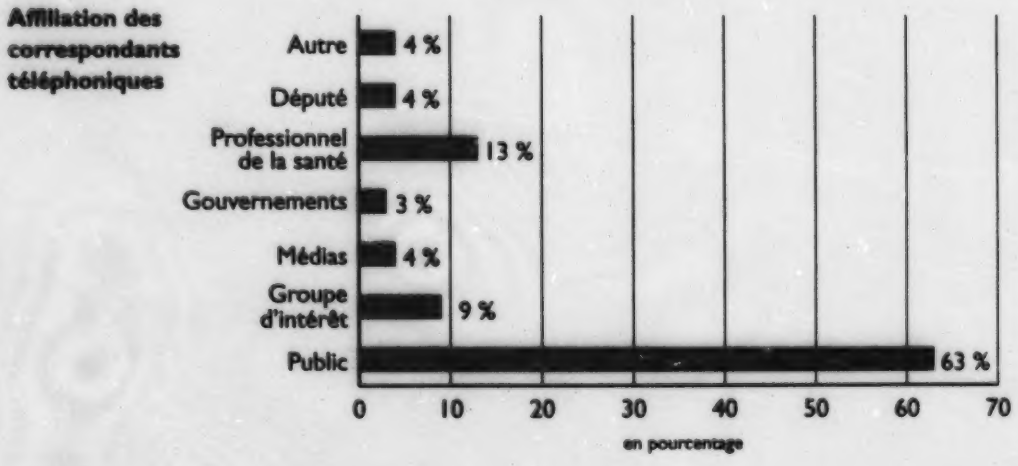
- Carolyn Tuohy, Université de Toronto (Toronto, Ontario)
- Philippe Ulmann, Collège des économistes de la santé (Paris, France)
- Membres du conseil d'administration du University Health Network (Toronto, Ontario) (Carl Cardella, Amy Go, Laurie S. Hicks, Donald Lenz, John A. MacNaughton, Eileen A. Mercier, Philip S. Orsino, Bob Rae, Terrence J. Sullivan)
- Eddy van Doorslaer, Université Erasmus (Rotterdam, Pays-Bas)
- Charles Webster, Oxford University (Oxford, Royaume-Uni)
- Michael Wilson, Conseil canadien des sociétés publiques-privées (Toronto, Ontario)
- C. Ruth Wilson, Université Queen's (Kingston, Ontario)
- Felicia Knaul Windish, Fundacion Mexicana para la Salud (Colonia Arenal Tepepan, Mexique)

PUBLIC CANADIEN

La Commission souhaite veiller à ce que les Canadiens puissent communiquer avec elle par l'entremise du plus grand nombre de moyens possible. Le courrier électronique à partir du site Web (www.commissionsoinsdesante.ca) constitue l'un de ces moyens.

Au début, les messages électroniques provenaient de Canadiens qui souhaitaient obtenir des renseignements sur le mandat de la Commission et obtenir un emploi auprès de la Commission. Il semble maintenant que les correspondants veulent savoir comment envoyer des présentations écrites et participer aux consultations publiques.

Les Canadiens ont aussi appelé au numéro sans frais de la Commission. De mai à novembre 2001, 30 % des demandeurs souhaitaient se renseigner sur la façon d'envoyer des commentaires à la Commission. La plupart de ces demandeurs ont été renvoyés aux lignes directrices sur les présentations qui sont affichées sur le site Web de la Commission. Le graphique qui suit indique la répartition des appels selon l'affiliation des personnes concernées.



Enfin, la Commission reçoit régulièrement du courrier à ses bureaux. D'avril à novembre, plus de 500 envois postaux ont été expédiés par des citoyens qui exprimaient des préoccupations et qui suggéraient des améliorations à apporter au système de soins de santé; 300 de ces envois étaient des mémoires portant sur des sujets variés.

PROGRAMME DE RECHERCHE DE LA COMMISSION

La Commission poursuit ses travaux de recherche grâce à un petit noyau de collaborateurs permanents. Elle confie aussi de nombreux projets et études à des analystes de politiques, des praticiens et des universitaires (dont la plupart sont associés à des groupes de recherche ou à des universités) des quatre coins du pays.

Le travail de la petite équipe de recherche interne de la Commission consiste essentiellement à faire la synthèse des connaissances existantes sur les soins de santé au Canada et des solutions éventuelles pour renforcer le système. Ce travail vise à assurer à la Commission qu'elle n'emploie aucune ressource à essayer de reproduire un travail déjà fait au Canada ou ailleurs.

COMPOSANTES DU PROGRAMME DE RECHERCHE

Documents de travail

Les spécialistes du domaine de la santé et les universitaires de partout au pays ont été invités par la Commission à réaliser des études sur certains aspects particuliers des quatre thèmes de recherche indiqués dans le présent rapport. Dans bien des cas, la Commission a demandé à plusieurs auteurs d'examiner la même question afin de recevoir un vaste éventail de points de vue. L'encadré à la page 60 illustre les types de questions et de problèmes sur lesquels les auteurs des études doivent se pencher.

Projets de recherche

La Commission a aussi identifié trois thèmes sur lesquels elle a lancé des projets de recherche poussée :

1. Les ressources humaines dans le secteur de la santé;
2. L'impact de la mondialisation sur les soins de santé au Canada;
3. Les relations fédérales-provinciales et la fiscalité.

1. Études portant sur les valeurs canadiennes :

- Influence des institutions démocratiques canadiennes sur notre sentiment d'appartenance à l'égard du système de soins de santé.
- Valeurs auxquelles tiennent les Canadiens en ce qui a trait aux soins de santé et comparaisons avec celles d'autres pays démocratiques occidentaux.
- Degré d'inclusion des groupes marginalisés dans le système de santé canadien.
- Façons dont les Canadiens pourraient ou devraient décider de ce qui est couvert par le système de soins de santé et de ce qui en est exclu.
- Moyens de garantir que les Canadiens prennent part au processus décisionnel entourant les politiques sur les soins de santé.
- Moyens de décider de la façon dont les soins de santé sont dispensés.

2. Études portant sur la viabilité :

- Sources de revenus supplémentaires pour financer le système de soins de santé.
- Impact du contexte politique sur la viabilité du système.
- Principaux facteurs d'augmentation des coûts et manière de les contrôler ou de les limiter.

3. Études portant sur le changement continuel :

- Obstacles politiques, économiques, structuraux, juridiques et sociaux au changement au sein du système.

4. Études portant sur les relations de coopération :

- Rôle constitutionnel des gouvernements dans l'établissement des politiques sur la santé et dans les soins de santé.
- Rôle des gouvernements dans l'établissement des priorités pour le système.
- Impact des relations intergouvernementales sur la viabilité et l'efficacité du système de soins de santé.

À la suite de trois tables rondes d'experts, qui avaient pour but de recueillir des conseils sur les questions à aborder et les sujets nécessitant une recherche originale et innovatrice, la Commission a lancé des « demandes de propositions » pour inviter les équipes de chercheurs à préparer des programmes de recherche intensive autour des trois thèmes et à répondre à certaines des questions de recherche clés relevées lors des séances de tables rondes.

Après avoir évalué les propositions, la Commission a attribué les trois contrats de recherche en décembre 2001. Le travail à accomplir dans le cadre de ces projets prendra fin à l'été 2002, juste à temps pour que la Commission puisse en tenir compte dans son rapport définitif.

1. Études portant sur les valeurs canadiennes :

- Influence des institutions démocratiques canadiennes sur notre sentiment d'appartenance à l'égard du système de soins de santé.
- Valeurs auxquelles tiennent les Canadiens en ce qui a trait aux soins de santé et comparaisons avec celles d'autres pays démocratiques occidentaux.
- Degré d'inclusion des groupes marginalisés dans le système de santé canadien.
- Façons dont les Canadiens pourraient ou devraient décider de ce qui est couvert par le système de soins de santé et de ce qui en est exclu.
- Moyens de garantir que les Canadiens prennent part au processus décisionnel entourant les politiques sur les soins de santé.
- Moyens de décider de la façon dont les soins de santé sont dispensés.

2. Études portant sur la viabilité :

- Sources de revenus supplémentaires pour financer le système de soins de santé.
- Impact du contexte politique sur la viabilité du système.
- Principaux facteurs d'augmentation des coûts et manière de les contrôler ou de les limiter.

3. Études portant sur le changement continuel :

- Obstacles politiques, économiques, structuraux, juridiques et sociaux au changement au sein du système.

4. Études portant sur les relations de coopération :

- Rôle constitutionnel des gouvernements dans l'établissement des politiques sur la santé et dans les soins de santé.
- Rôle des gouvernements dans l'établissement des priorités pour le système.
- Impact des relations intergouvernementales sur la viabilité et l'efficacité du système de soins de santé.

À la suite de trois tables rondes d'experts, qui avaient pour but de recueillir des conseils sur les questions à aborder et les sujets nécessitant une recherche originale et innovatrice, la Commission a lancé des « demandes de propositions » pour inviter les équipes de chercheurs à préparer des programmes de recherche intensive autour des trois thèmes et à répondre à certaines des questions de recherche clés relevées lors des séances de tables rondes.

Après avoir évalué les propositions, la Commission a attribué les trois contrats de recherche en décembre 2001. Le travail à accomplir dans le cadre de ces projets prendra fin à l'été 2002, juste à temps pour que la Commission puisse en tenir compte dans son rapport définitif.

Tables rondes

Le troisième élément du programme de recherche externe consiste en une série de tables rondes. Au cours de ces tables rondes, des experts éminents, des analystes de politiques et des universitaires se réunissent à huis clos pendant une journée pour examiner un aspect particulier des politiques en matière de santé.

Les trois premières tables rondes ont été organisées pour aider la Commission à réaliser les projets de recherche mentionnés plus haut, à savoir :

1. *Les ressources humaines dans le domaine de la santé* (elle a eu lieu le 2 octobre 2001, à l'École des sciences infirmières de l'Université Dalhousie, à Halifax, Nouvelle-Écosse);
2. *La mondialisation et les soins de santé* (elle a eu lieu le 10 octobre 2001, à l'Institut québécois des hautes études internationales de l'Université Laval, à Québec, Québec);
3. *Les relations fédérales-provinciales et la fiscalité* (elle a eu lieu le 13 octobre 2001, à l'Institut des relations intergouvernementales de l'Université Queen's, à Kingston, Ontario).

Deux autres tables rondes sont prévues pour le printemps de 2002. Les participants feront alors la synthèse des différentes perspectives sur les sujets suivants :

1. *Options en matière de financement* – Cette table ronde permettra d'examiner les différentes solutions de rechange proposées récemment pour augmenter les recettes autrement que par des impôts directs.
2. *Établissement des priorités* – Les participants se pencheront sur le rôle des gouvernements dans la formulation et l'orientation des politiques en matière de santé et dans l'établissement des priorités.

On avait également prévu trois tables rondes à l'étranger, dont certaines ont déjà eu lieu, dans le but de découvrir la manière dont d'autres pays se sont attaqués à certains problèmes d'ordre stratégique, similaires à ceux que connaît le système de santé canadien :

1. *Réforme du système de santé national* – Cette table ronde a permis d'examiner les changements apportés récemment au système de santé britannique et les leçons que le Canada peut en tirer (tenue à la School of Hygiene & Tropical Medicine de Londres, en Angleterre, le 27 novembre 2001).
2. *Les frais modérateurs* – Cette table ronde a permis d'examiner l'effet des divers paiements que doivent acquitter les utilisateurs du système de santé dans différents pays européens (tenue au Collège des économistes de la santé, à Paris, en France, le 29 novembre 2001).
3. *Les facteurs d'augmentations des coûts et leurs répercussions* – Cette table ronde permettra d'examiner les répercussions des nouvelles technologies et des nouveaux médicaments sur la viabilité financière du système de santé (prévue pour le printemps de 2002).

Entrevues

Au cours des tables rondes décrites plus haut et à d'autres occasions, les membres de la direction de la recherche de la Commission effectuent des entrevues approfondies avec des experts en politiques et des praticiens. Ces entrevues lui permettront d'obtenir l'avis d'éminents spécialistes sur des questions particulières liées au programme de recherche de la Commission, pour le cas où ceux-ci n'auraient pas pu exprimer leur opinion par d'autres moyens. On s'attend à ce que la Commission fasse jusqu'à une trentaine d'entrevues officielles pendant son mandat.

Forums sur les politiques

Afin de permettre au public de voir la Commission mener au moins certaines activités de recherche (autres que les consultations), celle-ci compte organiser des forums sur les politiques au cours de son mandat.

Au cours de ces forums, un petit groupe d'experts éminents se réunira pour débattre de quelques-unes des questions liées aux soins de santé qui importent le plus à la population canadienne.

Dialogue avec les citoyens

Le *Dialogue avec les citoyens* est un projet de recherche innovateur qui permettra à la Commission de cerner et d'étudier les valeurs qui influent sur la façon dont les Canadiens perçoivent leur système de soins de santé. Il aidera également la Commission à déterminer comment ces valeurs peuvent servir à définir les choix et les compromis acceptables qu'il faudra faire pour concevoir le type de régime de soins de santé que veulent les Canadiens pour l'avenir. Le projet sera dirigé par les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, un groupe de réflexion sans but lucratif basé à Ottawa qui se spécialise dans l'étude des politiques d'intérêt public.

Dans le cadre du projet, 12 séances de discussion d'une journée auront lieu un peu partout au Canada; pour chacune d'entre elles, on choisira une quarantaine de participants au hasard. Ces personnes auront à étudier quatre scénarios présentant un système de soins de santé structuré selon des principes organisationnels différents. Les participants prendront ensuite part à une discussion en s'inspirant de ces scénarios pour élaborer une « vision » commune pour le système de soins de santé de demain.

Cet exercice permettra notamment d'évaluer dans quelle mesure les Canadiens sont ouverts au changement et de mieux comprendre les compromis qu'ils sont prêts à accepter au moment d'élaborer une vision commune (par exemple : quels types de soins ou de services devraient être offerts par le secteur public et le secteur privé? Quel est le moyen le plus souhaitable de financer les soins de santé? Quel est le juste milieu entre le droit de choisir du patient ou du consommateur et le concept d'accès équitable et universel aux soins de santé?). Un sondage national sera ensuite mené pour confirmer les résultats de l'exercice.

Les renseignements recueillis serviront à mettre en contexte et à orienter les recommandations de la Commission concernant la revitalisation du système de santé du Canada. Le dialogue fait partie des activités de recherche de la Commission et ne vise pas à remplacer les consultations publiques.

Les séances de dialogue commenceront en janvier 2002 et prendront fin au début du printemps. Peu après, la Commission et ses partenaires prépareront un rapport analysant les résultats et la pertinence du dialogue, et elle l'affichera sur son site Web.

Faire participer la population canadienne à un dialogue national sur l'avenir des soins de santé

La Commission a choisi d'adopter une approche en quatre phases afin de respecter les objectifs qu'elle s'est fixés pour la tenue d'un dialogue national. L'approche vise à :

- favoriser la tenue d'un débat éclairé en offrant aux participants du matériel et des produits d'information pertinents et accessibles;
- assurer la pertinence du processus de consultation pour tous les Canadiens et faciliter leur participation grâce à des partenariats avec les médias et des organismes tiers;
- faire participer activement les intervenants et les groupes d'experts afin de cerner les questions fondamentales et de fixer des objectifs réalistes;
- tenir compte des résultats d'autres processus de consultation récents ou en cours ainsi que des décisions prises par les divers ordres de gouvernement;
- trouver le juste milieu entre, d'une part, le besoin d'adopter une « vision » à long terme ou une série de principes de fonctionnement pour le système de soins de santé de demain et, d'autre part, le besoin de régler des questions prioritaires.

Les quatre phases sont décrites ci-dessous.

Phase 1 (Éducation)

Les activités d'éducation et de sensibilisation du public auront pour but de favoriser la tenue d'un débat éclairé sur l'avenir des soins de santé au Canada. La plupart de ces activités auront lieu en janvier et en février 2002; toutefois, la Commission poursuivra ses efforts d'éducation du public tout au long de ses consultations. En plus de la diffusion du présent rapport d'étape, cette phase comprendra les éléments suivants :

1. Forums télévisés

La Commission organisera et filmera une série de forums sur les sujets énumérés ci-dessous en vue de leur diffusion ultérieure à la télévision ou de leur diffusion en temps réel :

- *Valeurs canadiennes* : Qu'est-ce que la population canadienne attend de son système de santé?
- *Viabilité* : Comment assurer la viabilité du système de soins de santé?
- *Collaboration constructive* : Qui doit faire quoi dans le système de santé canadien?
- *Amélioration continue* : Comment peut-on assurer le bon fonctionnement du système?
- *Principes d'organisation* : Quel est le rôle de la *Loi canadienne sur la santé*?
- *Soins de santé en milieu rural* : Comment devrait-on définir l'accès?
- *Leçons tirées de pays étrangers* : Comment d'autres pays ont-ils relevé ces défis?

Au moment de la publication du présent rapport, la Commission était en pourparlers avec des diffuseurs pour discuter de l'échéancier, du tournage et de la diffusion des forums. Consultez le site Web de la Commission (www.commissionsoinsdesante.ca) pour connaître l'heure et la date de diffusion des forums.

2. Diffusion du cahier de consultation de la Commission

En février, la Commission diffusera un cahier de consultation qui présentera quatre approches ayant pour but d'assurer la viabilité du système de santé du Canada (ainsi que leurs avantages et inconvénients respectifs). Ce cahier est spécialement conçu pour permettre aux Canadiens d'indiquer les valeurs et les approches dont ils aimeraient que l'on tienne compte dans les politiques et programmes régissant leur système de soins de santé. Il sera affiché sur le site Web de la Commission, et les personnes intéressées pourront le remplir en ligne. Pour la tenue d'une discussion en groupe, on pourra également le télécharger, puis le renvoyer par la poste. Il sera également possible de commander un exemplaire du cahier auprès de la Commission en composant sans frais le 1-800 793-6161.

3. Affichage sur Internet

La Commission affichera sur son site Web toutes les présentations officielles reçues au cours de l'étape de collecte de renseignements ainsi que tout rapport, document de recherche ou étude dont elle a parrainé la rédaction.

PHASE II (DIALOGUE NATIONAL)

Cette phase comportera *deux volets distincts*, ce qui permettra à la Commission de faire des recommandations à la fois de nature générale (par exemple les valeurs et les approches dont les Canadiens veulent que l'on tienne compte dans les politiques et les programmes régissant le système de santé) et de nature spécifique (par exemple les moyens de raccourcir les listes d'attente et de remédier à la pénurie de professionnels de la santé). Ces activités se dérouleront de mars à juin 2002.

Au moment de la publication du présent rapport, la Commission était encore en train de finaliser les arrangements pour la tenue des consultations. Le site Web de la Commission renfermera un calendrier détaillé où figureront les activités décrites ci-dessous ainsi que la marche à suivre pour s'y inscrire.

1. Audiences publiques (jour 1)

Des audiences publiques présidées par le commissaire auront lieu dans 17 collectivités un peu partout au pays. Début janvier, des annonces publiées dans les journaux et sur le site Web de la Commission inviteront les parties qui désirent témoigner devant la Commission à lui soumettre de courts résumés de leur présentation. (N.B. : Les groupes et particuliers ayant déjà fait des présentations officielles à la Commission seront automatiquement pris en compte et n'auront donc pas à soumettre de résumé.) Un modèle pour les résumés sera affiché sur le site Web de la Commission en même temps que les annonces. Il sera également possible de se procurer ce modèle en appelant au numéro sans frais de la Commission, le 1-800-793-6161.

En choisissant les groupes et les particuliers qui présenteront leur point de vue, la Commission veillera à entendre le plus d'opinions différentes possibles. Les groupes et les particuliers qui ne témoigneront pas directement devant la Commission seront invités à présenter leurs opinions par écrit. Toutes les présentations seront publiées.

Les séances comporteront :

a. un aperçu des questions provinciales-territoriales pertinentes dans le domaine de la santé et/ou des présentations des responsables provinciaux et territoriaux de la santé;
b. des présentations :
   - de citoyens concernés;
   - de décideurs, de groupes de revendication et de représentants du secteur de la santé et du secteur de la recherche;
c. des présentations par téléconférence faites par des Canadiens vivant en milieu rural (lorsque cela est possible);
d. les commentaires des participants à la séance sur les activités de la journée.

2. Ateliers d'experts et d'intervenants (jour 2)

Des ateliers (à huis clos) auront lieu dans 9 des 17 localités où la Commission organisera des audiences publiques. Il s'agira d'ateliers dédiés à l'examen et l'analyse des résultats des exposés qui auront été présentés localement la veille, et à l'établissement des constats préliminaires dans le cadre du *Dialogue avec les citoyens* (projet auquel participeront jusqu'à 40 Canadiens par localité, dans 12 collectivités réparties un peu partout au Canada. Ces personnes examineront les choix fondés sur les valeurs pour les soins de santé de l'avenir). Le but sera de trouver des points d'accord et des points de désaccord sur les principaux enjeux et de discuter des implications d'autres orientations politiques.

Les participants seront choisis à l'avance parmi ceux qui sont admis à témoigner devant la Commission pendant la première journée de l'audience publique. Un compte rendu des débats sera affiché sur le site Web de la Commission.

3. Débats sur les enjeux stratégiques avec des partenaires

Pour engager les groupes d'experts à cerner les principaux enjeux et à examiner les solutions qui se présentent à eux, la Commission travaillera en partenariat avec au moins deux groupes s'occupant de politique en matière de santé ou groupes militant dans ce domaine. En sélectionnant ses partenaires, la Commission veillera à ce qu'il y ait un équilibre entre les perspectives, les approches et les régions.

Le processus se divisera en trois étapes :

Au cours de la **première étape**, les groupes partenaires de la Commission seront chargés de rédiger un court document de discussion cernant un enjeu particulier (voir la liste des sujets ci-dessous). Ils devront expliquer deux ou trois orientations possibles et en détailler le pour et le contre.

Au cours de la **deuxième étape**, les groupes partenaires organiseront un débat public, animé par une personnalité publique indépendante, sur les options mises en avant dans le document de discussion. Simultanément, le document de discussion sera affiché sur les sites Web de la Commission et de ses partenaires pendant quatre semaines afin de recueillir des commentaires.

Au cours de la **troisième étape**, l'animateur fera un compte rendu sommaire des points d'accord et des points de désaccord qui auront été mis en évidence pendant le débat. Le compte rendu sera affiché sur le site Web de la Commission et servira de fondement aux recommandations du commissaire.

Les groupes partenaires étudieront les questions suivantes :

- *Listes d'attente/accès opportun aux soins* : Que faut-il faire?
- *Ressources humaines dans le secteur de la santé* : Comment en maintenir et en augmenter le rendement?
- *La Loi canadienne sur la santé* : Balise ou foyer de querelles?
- *Financement des soins de santé* : Comment augmenter les recettes?
- *Mondialisation* : Menace ou occasion à saisir?
- *Interventions médicalement nécessaires* : Qui doit décider de ce que le régime d'assurance-santé doit inclure?
- *Soins à domicile* : A-t-on besoin d'une stratégie nationale? Peut-on la rendre abordable?
- *Assurance-médicaments* : A-t-on besoin d'une stratégie nationale? Peut-on la rendre abordable?
- *Choix des consommateurs* : Est-ce compatible avec un système public?
- *Santé des Autochtones* : Comment peut-on faire mieux?

L'annonce des groupes qui participeront à ces activités, des dates de la transmission des documents de discussion et de la tenue des forums publics sera faite à la fin janvier.

4. Cahier de consultation

Comme il a été décrit plus haut, la Commission diffusera un cahier de consultation qui présentera quatre moyens différents d'assurer la viabilité du système de santé du Canada (ainsi que leurs avantages et inconvénients respectifs). Il sera affiché sur le site Web de la Commission, et les internautes pourront le remplir en ligne. Pour la tenue d'une discussion en groupe, on pourra également le télécharger, puis le renvoyer par la poste. En outre, le cahier de consultation sera distribué à grande échelle par l'intermédiaire d'un réseau de

50 groupes d'intervenants dans le domaine de la santé qui ont accepté d'aider la Commission dans ses activités d'information et de dialogue. Il sera également possible de commander un exemplaire du cahier auprès de la Commission en composant sans frais le 1-800-793-6161.

PHASE III (ANALYSE/SYNTHÈSE)

Cette phase comprendra cinq tables rondes régionales qui se tiendront à huis clos en compagnie d'un animateur. Pour chacune d'entre elles, jusqu'à 20 participants seront choisis parmi ceux qui ont assisté aux séances de la phase II. L'objectif sera la synthèse, au niveau régional, des résultats obtenus aux phases I et II. La Commission invitera des représentants du public et des patients/consommateurs à participer à la discussion. Un rapport résumant les résultats de chaque séance sera ensuite publié. Les séances, qui se dérouleront en juin et juillet 2002, précéderont la conférence des intervenants qui aura lieu à l'automne 2002.

PHASE IV (VALIDATION)

Une conférence nationale réunissant les groupes concernés du secteur de la santé se tiendra sur le thème : *Bâtir un système de soins de santé pour le XXI^e^ siècle*. La conférence sera l'occasion de discuter des résultats obtenus lors des consultations précédentes, de présenter les résultats des recherches entreprises par la Commission, d'étudier les orientations de politiques proposées et d'en évaluer les implications éventuelles. Les participants auront essentiellement pour mission de travailler à bâtir un consensus sur un ensemble de recommandations cohérentes afin d'assurer au système de santé un avenir plus viable.

La Commission établira un comité directeur multipartite qui aidera à choisir les participants et à donner des conseils sur la formule et la méthode à adopter pour la conférence.

CONCLUSION

Il est à espérer que l'ensemble des moyens de consultation et de participation mentionnés plus haut permettront aux citoyens et aux intervenants de communiquer avec la Commission. Écouter ce que le public a à dire et discuter en toute connaissance de cause des options qui s'offrent à nous, telle est l'étape la plus importante de notre cheminement commun vers une solution qui correspond à nos aspirations.